Die Entwicklung der Heilfürsorge in der Reichsunfallversicherung

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät

der

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität

zu Frankfurt a. M.

vorgelegt von

Diplom-Volkswirt

Hans-Dietrich Rusche

aus Berlin/Steglitz

1940

Druckerei wissenschaftlicher Werke Konrad Triltsch, Würzburg-Aumühle

1. Gutachter: Dr. phil. habil. Hans Scherpner.

2. Gutachter: Dr. rer. pol. Dr. jur. Emil Wehrle.

Tag der mündlichen Prüfung: 12. April 1940.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorbemerkung 1

I. Die reichsgesetzliche Unfallversicherung.

A. Die geschichtliche Entstehung 4
Soziale Lage vor 1881
Bismarck'sche Sozialgesetzgebung

B. Dynamik der Unfallversicherung 6
Wesen der Unfallversicherung
Aufgaben- und Interessenkreis der Unfallversicherungsträger
Der Weg zur berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge
Verbesserung der Leistung
Vermehrung der Leistung
Sicherung des Erfolgs
Fachärztliches Heilverfahren
Arzt und Heilanstalt
Erste Hilfe
Umfang der Heilfürsorge

II. Entwicklung, Grundlage und Praxis der Heilfürsorge.

A. Erster Abschnitt:
Möglichkeiten und Wege zur berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge

1. Die Tätigkeit der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet der Heilfürsorge
   a) Leistung der Unfallversicherung 13
   b) Berufsgenossenschaft und Krankenkasse 14
   c) Verschiedenartige Heilfürsorge 15
   d) Durchbrechung der Wartezeit 16
   e) Einheitliche Gestaltung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge 18

2. Die Entwicklung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge im Spiegel des Rechts
   a) Legalisierung des berufsgenossenschaftlichen Frühheilverfahrens 19
   b) Spezialisierung der berufsgenossenschaftlichen Leistungspflicht 20
   c) Aufhebung der Sonderstellung des Frühheilverfahrens 21
   d) Mittlerstellung der Gesetze 21

3. Auswirkungen der dominierenden Stellung der Berufsgenossenschaften
   a) Berufsgenossenschaftlicher Einfluß auf das Krankenhaus 21
   b) Die Unfallstationen (Verfahren bei den minderschweren Verletzungen) 22

Seite

c) Die Schwerverletztenfürsorge in Westdeutschland 25
d) Die Vereinigungen und das Frühheilverfahren 26
e) Der Verband und das Krankenkassenabkommen vom 1. November 1913 30

B) Zweiter Abschnitt:
Die berufsgenossenschaftliche Heilfürsorge unter dem Einfluß des Krieges

1. Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren
a) Fördernde und hemmende Kräfte bei der Ausdehnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens 32
b) Heilverfahren und Reformforderungen während des Krieges 33
c) Sicherung der ärztlichen Mitarbeit und ihre Bedeutung 36

2. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge als Lehrmeister der Fürsorge für die Unfallverletzten
a) Betonung der „funktionellen" Heilung 38
b) Die „Arbeitstherapie" 39
c) Orthopädische Heilbehandlung 41
d) Einheitlichkeit zielbewußter Heilfürsorge 42

3. Die unfallmedizinische Ausbildung der Ärzte 42

4. Vom Schadenersatz zur umfassenden Heilfürsorge 44

C. Dritter Abschnitt:
Die gegenwärtige Entwicklung der berufsgenossenschaftlichen Unfallheilfürsorge

I. Das Recht des Unfallheilverfahrens 45
Der Wandel im Heilverfahrensrecht von 1885—1925 46
Entwicklung und Stand des Unfallheilverfahrens seit 1925 .. 47
1. Die Ausdehnung auf Berufskrankheiten
a) Die Einbeziehung bestimmter Berufskrankheiten 47
b) Die Sonderstellung der Berufskrankheiten im berufsgenossenschaftlichen Verfahren 48
Eintritt der Erkrankungen 49
Das Verfahren 49
Die Untersuchung 49
Die Übergangsrente 50
c) Die Bedeutung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes für die Berufskrankheiten 51

2. Die Verbreiterung des besonderen „Arbeitsunfall-Versicherungsschutzes" 51

3. Der Inhalt des Heilverfahrensrechts
a) Der grundlegende Wandel im Jahre 1925 52
b) Die Leistungen im Unfallheilverfahren
Inhalt und Dauer der Krankenbehandlung 54
Maßnahmen und Einrichtungen 55
Ärztliche Behandlung 55
Heilmittel 55
Hilfsmittel 56
Gewährung von Pflege 56
Heilanstaltspflege 57

Seite

Erneutes Heilverfahren 58
Berufskrankheiten 58
Berufsfürsorge 58
c) Verpflichtungen des Versicherten 59
d) Verhältnis und Beziehungen zur Krankenversicherung 61

II. Praxis und Organisation 63

1. Bedeutung und Wert des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens 63

2. Formen und Wege in der Unfallheilfürsorge 68
a) Richtlinien für die berufsgenossenschaftliche Heilfürsorge 69
b) Unterstützung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge 72
Die Mitwirkung der Unternehmer 72
Die Mitwirkung der Krankenkassen 73
Die Mitwirkung der Ärzte 75
Die Mitwirkung der Heilanstalten 77
c) Verfahren zur Einleitung und Durchführung berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung 77
Die Verfahrensarten
Das Durchgangsarztverfahren 79
Das Beratungsfacharztverfahren 81
Das Augen- und Ohrenarztverfahren 81
Das Verletzungsartenverfahren 82
Die Anwendung der Verfahren 83

3. Auswirkungen der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge
a) Die Erste Hilfe bei Unfällen in den Betrieben 86
b) Berufsgenossenschaft und Arzt und die Fortschritte in der Unfallmedizin 90
c) Die Ausgestaltung der Heilanstalten und die Bedeutung der Sonderstationen 92
d) Sonderheilfürsorge für Schwerstunfallverletzte und Berufsfürsorge 98

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551902_0084

Vorbemerkung.

Um den Begriff der Heilfürsorge, wie er in dieser Arbeit gelten soll, näher zu umreißen, ist es erforderlich, kurz auch das Wesen der Fürsorge und ihrer Begriffsbildungen zu kennzeichnen.

„Heilfürsorge" ist spezialisierte Verwirklichung des allgemeinen Fürsorgegedankens.

Der Begriff der Fürsorge umfaßt die Gesamtheit aller Bestrebungen, Maßnahmen und Einrichtungen, die darauf gerichtet sind, den einzelnen „Hilfsbedürftigen [1]) in seinem Willen und seiner Kraft so zu stärken, daß er sich durch eigenes Können, Mühen und Schaffen selbst behaupten, insbesondere für seine unterhaltsberechtigte Familie selbst sorgen kann". Deshalb ist es Aufgabe der Fürsorge, „die Eigenart der Notstände zu ergründen und danach die Mittel zur Abhilfe zu wählen" [2]). Fürsorge ist also nicht laufende Betreuung mit dem Ziel, Werte zu erhalten, sondern im Gegenteil eine einmalige, d. h. nicht dauernde Hilfe, die nur im Falle zeitweiliger Bedürftigkeit einsetzt. Ihr Ziel muß sein, sich selbst wieder überflüssig zu machen; sie hat also, anstatt Werte nur zu erhalten, Werte zu schaffen. Diesen Zweck erreicht sie am ehesten, wenn sie „rechtzeitig und ausreichend einsetzt und, wo es nottut, auch vorbeugend zugreift; sie wird dann nachhaltiger helfen und sparsamer wirtschaften, als wenn sie zuwartet, bis sie einem verschärften Notstand gegenübersteht, dem sie nicht mehr oder nur mit verstärkten Kräften und Mitteln gewachsen ist" [3]).

Ein solcher Begriff der Fürsorge ist auch innerhalb der deutschen Sozialversicherung nichts Fremdes. Zwar ist hier inhaltlich und formell der Versicherungsgedanke durchgeführt (Leistung und Anspruch auf Gegenleistung im Bedarfsfall), „dennoch zielt aber der soziale Versicherungsgedanke anders als in der Privatversicherung nicht ab auf Ersatzleistung, mag er auch gerade in der Unfallversicherung in die Rechtsform von Ersatzansprüchen gekleidet sein, sondern auf Hilfeleistung. Schon die Kaiserliche Botschaft vom 17. Nov. 1881 sprach klar sich dahin aus, daß es sich darum handele, „den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Er-

[1]) Wer „hilfsbedürftig" ist, sagt § 5 der „Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge" vom 4. 12. 24 (RGBl. I, S. 765): Hilfsbedürftig ist, wer den notwendigen Lebensbedarf für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann und ihn auch nicht von anderer Seite, insbesondere von Angehörigen, erhält.

[2]) Siehe § 1 der Erläuterungen zu den Reichsgrundsätzen.

[3]) Denkschrift des RAM über die Vorbereitungen zu einem Reichswohlfahrtsgesetz vom 14. 2. 23: 2) Grundgedanken des Reichswohlfahrtsgesetzes.

giebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben", zu verschaffen. Wenn hier zwischen Ersatzleistung und Hilfeleistung geschieden wird, so ist das kein Spiel mit Worten, sondern der Ausdruck einer grundsätzlichen Verschiedenheit in der Bemessung und Ausgestaltung der Versicherungsleistung" [4]).

Dem Charakter der Fürsorge entspricht es, daß sie stets dort einsetzt, wo Hilfsbedürftigkeit entsteht; sie hat Versicherung und Versorgung zu ergänzen, wo deren Hilfe nicht ausreicht oder nicht rechtzeitig einsetzen kann [5]); Fürsorge ist also subsidiär. Sie tritt daher nur nach Maßgabe des jeweiligen individuellen Bedürfnisses ein und liegt — im Gegensatz zu den regulären Versicherungsleistungen — nicht in einem Rechtsanspruch begründet

Geiger [6]) bezeichnet Fürsorge als „die individuelle Ergänzung der ihrer Natur nach mehr schematischen Rentenversorgung"; sie umfasse: „alle Maßnahmen, die darauf abzielen, die Folgen der Dienstbeschädigung ... nach Möglichkeit zu überwinden oder doch zu mildern, vor allem alle Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsfürsorge zur Wiedereinführung ... ins Wirtschaftsleben".

In ähnlichem, fast gleichem Sinne gibt es nun eine Fürsorge auf dem Gebiet der sozialen Unfallversicherung. Die Versicherungsleistungen sind gesetzlich genau umrissen. Ursprünglich bestanden sie vorwiegend in der Zahlung von Voll- oder Teilrenten entsprechend der vollständigen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit der Unfallverletzten. Ein weiteres Eingreifen gehörte zunächst nicht zu den Pflichtleistungen.

Da aber die Unfallversicherung für jede Folge eines Unfallschadens unbegrenzt aufzukommen hat, entstand alsbald ein großes Interesse, alles zu tun, um erstens vermeidbare Schadensfälle nach Möglichkeit zu verhindern und zweitens Unfallverletzungen nach bestem Können behandeln zu lassen, sodaß der Verletzte nach der Wiederherstellung in seiner Erwerbsfähigkeit gar nicht oder möglichst wenig beeinträchtigt sein würde. Durch die gesetzliche Regelung war Näheres hierzu nicht bestimmt worden. Die Träger der Unfallversicherung suchten daher von sich aus, in der Sorge für die Heilung des Unfallverletzten, ihm freiwillig schon frühzeitig ihre besondere Hilfe angedeihen zu lassen, indem sie sich in jeder Hinsicht um die Betreuung des Verletzten bekümmerten und das Heilverfahren nach besten Kräften unterstützten.

Auf diese besonderen freiwilligen Leistungen, die weit über einen bloßen Schadenersatz hinausgingen, bestand seitens des Verletzten kein Anspruch. Da sie aber dazu dienten, ihn möglichst selbständig wieder in das Erwerbsleben einzugliedern, ergaben sich hier aus dem Moment der „Hilfe" Berührungspunkte und eine Wesensverwandtschaft zwischen der Fürsorge und der Sozialversicherung [7]).

---

[4]) Wörner, G.: Sachleistung oder Geldleistung als Leistungsprinzip der Sozialversicherung, ZfV. 1923, S. 291.

[5]) Vergl. Ritter, Art.: Fürsorgepflicht, im Hdwb. der Wohlfahrtspflege, 2. Aufl. 1929, S. 261.

[6]) Geiger, M.: Art.: Soziale Krankenbehandlung und Heilfürsorge, im Hdwb. der Wohlfahrtspflege, S. 607.

[7]) Vergl. Schmidt, Eug.: Sozialversicherung und öffentliche Fürsorge, 1932, S. 68.

Alle Tätigkeit, welche die Träger der Unfallversicherung im Zusammenhang mit der Heilung der Unfallverletzten und zu diesem Zweck entfalteten, anfangs freiwillig, später mehr und mehr gesetzlich verankert, wird in der Unfallversicherung zusammengefaßt in dem Begriff „Heilfürsorge". In diesem Sinne wird der Begriff „Fürsorge für den Verletzten", der Begriff der Heilfürsorge in der vorliegenden Arbeit angewendet.

I. Die reichsgesetzliche Unfallversicherung.

A. Die geschichtliche Entstehung.

Als in der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts die ungeahnt schnell wachsende Industrie das wirtschaftliche Gesicht Deutschlands zu prägen begann, wandelten sich auch die Grundlagen aller sozialen Verhältnisse.

Zu Anfang der umwälzenden Entwicklung ließ die große Welle der Industrialisierung noch kaum soziale Nöte oder Mißstände hervortreten. Denn in dem gewaltigen allgemeinen Fortschritt mußte jeder einzelne Rückschlag untergehen, jede Auswirkung eines solchen mußte unsichtbar werden. Wirtschaftlich wurden die arbeitenden Massen schwerlich nennenswert in Mitleidenschaft gezogen. Wo dann aber allmählich solche Nöte und sozialen Mißstände dennoch offen auftraten, da bewährten sich bei ihrer Linderung oder bei ihrer Bekämpfung allerdings vielfach eine Reihe verschiedenartigster Fürsorgeeinrichtungen. Teils beruhten diese auf Verpflichtungen des Arbeitgebers, teils auf genossenschaftlicher Selbsthilfe — wie z. B. bei den Knappschaftsvereinen —, teils auf Pflichten der politischen Verbände, des Staates oder der Gemeinden.

Das Jahrhundert der Technik brachte jedoch nicht nur Fortschritt, wirtschaftlichen Aufschwung und damit Verbesserung der gesamten Lebenshaltung! Sehr bald zeigten sich auch seine Schattenseiten: Wenn der Mensch zwar schnell die Technik beherrschen lernte, so konnte er ihr jedoch eine charakteristische Eigentümlichkeit nicht ganz nehmen, das war ihre Gefährlichkeit, durch welche sie bald das ganze Lebensbild ihrer Umgebung wesentlich zu beeinflussen begann.

Eine Anzahl staatlicher und privater Maßnahmen aus den Kreisen der Wirtschaft selbst suchte dieser Gefährlichkeit Rechnung zu tragen. Dazu gehörte z. B. die Einführung der Gewerbeordnung im Jahre 1869 oder die staatliche Gewerbeaufsicht seit 1878, ebenso die durch den Bundesrat veranlaßte Ausarbeitung reichsgesetzlicher Unfallverhütungsvorschriften. Man wollte auf diese Weise technisch der gesteigerten Unfallgefahr, die nunmehr den Arbeiter — hauptsächlich in Fabrikbetrieben — in dauernd zunehmendem Maße bedrohte, überall wirksam begegnen.

So fand auch rechtlich der Schutz des Arbeiters eine Erweiterung: Im Jahre 1871 trat das Haftpflichtgesetz im ganzen Reichsgebiet in Kraft; Besitzer von Bergwerken, Steinbrüchen, Gräbereien und Fabriken hafteten bei Unfall jetzt auch für das Verschulden ihrer Angestellten und mußten Schadenersatz leisten, wenn ein Verschulden bei ihnen nachgewiesen werden konnte. Dabei oblag es dem Geschädigten, den Nachweis dafür zu erbringen, daß ein Verschulden auf seiten des Betriebsinhabers vorlag.

Doch die wirkliche Lage der Arbeitnehmerschaft war damit wenig gebessert worden. Denn während der Prozeßstreitigkeiten um die Schuldfrage mangelte es dem Verletzten oft sowohl an der nötigen rechten Fürsorge als auch an Arbeit und Verdienst. Ging der Prozeß nach langer Zeit endlich günstig für ihn aus, was nicht gerade häufig der Fall war (drei Viertel der Klagen wurden abgewiesen!), so war noch nicht einmal sicher, ob der Schuldiggesprochene so leistungsfähig war, daß er den Schaden im ganzen Umfange tragen konnte. Hierbei bestand die Gefahr, daß der Verletzte der öffentlichen Armenpflege zur Last fiel, welche aber andere Aufgaben als eine Unfallverletzten-Fürsorge zu erfüllen hatte.

Wohlfahrts- und Unterstützungskassen blieben ebenso wie die Unfallversicherungsvereinigungen [8]) Einzelerscheinungen, deren damaliges Entstehen sich zwar aus der sozialen Entwicklung erklären läßt, deren Wirksamkeit aber dem aus der vielfältigen Zunahme sozialer Notstände erwachsenden Bedürfnis — eine Folgeerscheinung dieser Entwicklung — bei weitem nicht voll genügen konnte.

Mit der zunehmenden Industrialisierung Deutschlands und der im weiteren Gefolge immer stärker hervortretenden politischen Arbeiterbewegung erwies sich daher die eben genannte Art sozialer Fürsorge als unzulänglich [9]). Sie konnte auch im ganzen genommen nicht mehr angesprochen werden als ausreichende Sicherstellung der werktätigen Bevölkerung gegen die Gefahr, die ihr durch einen unfallbedingten Verlust der Erwerbsfähigkeit drohte

Daß die Probleme, die sich hieraus für den Staat ergaben, an höchstzuständiger Stelle genau erkannt worden waren, zeigt die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 in allen Einzelheiten. U. a. heißt es darin:

> „Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage die Förderung des Wohles der Arbeiter von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterland neue und dauernde Bürgschaft seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen."

Hier kommt also zum Ausdruck, daß die schlechte Lage der minderbemittelten Teile der Bevölkerung — vornehmlich der Arbeiter — notwendig einer sofortigen Besserung bedürfe. Denn einerseits hätten sie schon als Mitglieder im Staatsverband einen selbstverständlichen Anspruch darauf, andererseits sei soziale Gerechtigkeit auch im Hinblick auf die Gesamtheit unbedingt erforderlich.

Unter Bismarcks Führung begann dann der Aufbau der deutschen Sozialversicherung, einer in ihrer Gesamtheit damals neuartigen Einrichtung, für die es weder im Inland noch im Ausland irgendein Vorbild

---

[8]) Quentin, Art. Geschichtliches, im Hdb. der Unfallheilkunde, S. 2.

[9]) Vgl. auch die verschiedenen Verhandlungen des „Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit" seit 1881.

gab[10]). Diese hat die Erfordernisse der Zeit weitgehend erfüllt, sodaß durch sie selbst — da sie geeignet war, hemmende Kräfte zu binden — wiederum die Wirtschaftsentfaltung in nicht geringem Maße gefördert wurde.

Das alte Haftpflichtgesetz reichte längst nicht mehr hin, die in den Arbeitsbetrieben sich dauernd häufenden Schäden wirksam auszugleichen. So ging man denn in erster Linie daran, eine reichsgesetzliche Unfallversicherung zu schaffen. Aus den langwierigen, harten Kämpfen um das Wesen der neuen Versicherung erhellt, wie wichtig diese Aufgabe von allen unmittelbar daran Interessierten genommen wurde. Daher konnte es geschehen, daß die für das Gesetzeswerk weniger dringliche, ebenfalls obligatorische Krankenversicherung viel früher, nämlich schon am 15. Juni 1883 als Reichsgesetz verabschiedet wurde. (RGBl. 1883, S. 73.)

Der erste Entwurf zur Reichsunfallversicherung war zu Anfang des Jahres 1881 dem Reichstage vorgelegt worden, aber erst am 6. Juli 1884 wurde die Vorlage in der Form des dritten Entwurfs angenommen. (RGBl. 1884, S. 69.)

Damit wurde allen Versicherten, die bereits der Krankenversicherung angehören mußten, eine gewissenhafte Durchführung der Unfallheilfürsorge auch nach Beendigung der Krankenkassenleistungen garantiert.

B. Dynamik der Unfallversicherung.

Wie die Unfallversicherung notwendig aus der Intensivierung der deutschen Wirtschaft herausgewachsen war, so blieb sie ihr auch weiterhin wesentlich und schicksalsmäßig verbunden. Nicht als etwas Einmaliges, Fertiges wurde sie geschaffen, vielmehr gelang es, sie den Forderungen, die an sie gestellt wurden, elastisch anzupassen, sodaß sie sich dauernd mit der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung änderte.

Das betrifft vor allem die Ausgestaltung der Versicherung, deren Grundgedanken — eben auf dem Wege über diese Ausgestaltung — eine nicht unbeträchtliche Wandlung erfuhren. Besonders im Hinblick auf die Gesamtheit ihrer Leistungen ist dies von großer Bedeutung.

Der Unfallversicherung lag folgender Gedanke zu Grunde: Es sollten die Unternehmer solcher Betriebe für ihre Arbeiter versicherungspflichtig sein, in denen augenfällig eine Gefährdung derselben vorlag.

Die Nichtversicherten, die doch in bestimmtem Ausmaß in ähnlicher Weise Unfallgefahren ausgesetzt waren, wenn auch nicht ganz so offensichtlich, waren in sozialer Hinsicht damit nun relativ schlechter gestellt, für sie bedeutete jener einseitige besondere Schutz gewissermaßen eine Benachteiligung. Daher fand schließlich eine immer weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht statt, bis gegenwärtig alle erfaßbaren Industrie- und Gewerbezweige sowie die Landwirtschaft an der Unfallversicherung beteiligt wurden.

55 Berufsgenossenschaften (= Bgen) waren im Jahre 1885 errichtet worden, als das Unfallversicherungsgesetz in Kraft trat[11]). Doch schon

[10]) Thiem, Hdb. der Unfallerkrankungen, Bd. I, S. 4.

[11]) Die Bgen. zu denen alle Unternehmer bestimmter Berufsgruppen zusammengeschlossen wurden, sind die Träger der Unfallversicherung

im selben Jahre wurde ihre Zahl durch Gesetz um zwei, bis 1897 auf 65 erhöht; 1887 hatten sie sich im „Verband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften" zusammengeschlossen.

Im Jahre 1886 wurden auf Grund des Gesetzes zur Einbeziehung der land- und forstwirtschaftlichen Betriebe 48 landwirtschaftliche Bgen errichtet [12]).

Hauptsächlich auf diese Weise wuchs im Anfang die Zahl der Unfallversicherten wie auch die Zahl der an der Versicherung Mitwirkenden. Der Kreis der Versicherten wurde später aber noch auf eine andere Art erweitert; allmählich wurden auch die „Angestellten" versicherungspflichtiger Betriebe der Unfallversicherung unterstellt.

Zunächst war dies allein vordringliche Aufgabe der Unfallversicherung, körperliche Schäden, welche durch Betriebsunfälle entstanden waren und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten ganz oder teilweise einschränkten, nur zu vergüten. Das Wesen der Unfallversicherung bestand in der Schadenvergütung, sie war also hauptsächlich Unfallrentenversicherung.

Der Gesetzgeber nahm an, daß mit Ablauf von 13 Wochen die Verletzungen als Folgen eines Unfalles im allgemeinen ausgeheilt sein müßten. So lange gehörte die Heilbehandlung zu den Aufgaben der Krankenkasse (= Kk), des Trägers der Krankenversicherung. Für zurückbleibende Erwerbsbeschränkungen sollte dann die Bg — entsprechend dem Grad der Beschränkung — Rente zahlen.

Erforderte jedoch ein schwerer Fall ausnahmsweise eine Heilbehandlung, die über 13 Wochen hinausging, so würden die Ausgaben dafür die vorgesehene Leistungsfähigkeit und Leistungspflicht der Kk übersteigen. In diesem Falle sollte die Bg die Behandlung mit Beginn der 14. Woche auf ihre Kosten übernehmen.

Die Bg hatte daher ein natürliches Interesse daran, daß die Behandlung — im Unterschied zur Kk ohne Rücksicht auf die Kosten — von Anfang an planmäßig, fachärztlich, gründlich und zielbewußt durchgeführt und mit dem bestmöglichen Heilerfolg abgeschlossen würde. Denn:

1) Infolge der vollständigen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten wird in volkswirtschaftlichem Interesse einerseits das ideale Ziel erreicht, daß der Verletzte dem Arbeitsprozeß als vollwertige Arbeitskraft wieder zugeführt wird, und wird andererseits die Bg der Zahlung von Renten enthoben.

2) Nach Ablauf der 13 Wochen ohne Abschluß der Behandlung war die Bg verpflichtet, zusätzlich die Kosten für die Fortsetzung des Heilverfahrens bis zu seiner Beendigung zu tragen. (In solchen Fällen wäre zudem vom medizinischen Gesichtspunkt die Aussicht auf Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit nur gering; der Verletzte trüge den materiellen und psychischen Schaden als nicht vollwertiger Arbeiter,

und haben als solche den Charakter öffentlichrechtlicher Körperschaften erhalten.

[12]) Durch Zusammenlegung ermäßigte sich ihre Zahl in der Folgezeit bei den gewerblichen Bgen auf gegenwärtig 63, bei den landwirtschaftlichen auf 35 Bgen.

und die Bg hätte außer den Heilkosten die Last einer Rente zu tragen, die doch niemals den Ausfall der Erwerbsfähigkeit ersetzt.)

Diesem starken, mehrfach begründeten Interesse an frühzeitiger, vollständiger Gesundung des Verletzten wohnten die treibenden Kräfte inne, die den intensiven stetigen Ausbau des Tätigkeitsfeldes der Bg, ihrer Für- und Vorsorge, speziell des Heilverfahrens verursachten. Hiermit ist also Anstoß und Ausgangspunkt gegeben für die Entwicklung eines besonderen Heilverfahrens bei der reichsgesetzlichen Unfallversicherung. Ein langer Weg führt von den Anfängen eines aktiven berufsgenossenschaftlichen (= bgl.) Eingreifens in den Neunziger Jahren zu dem gegenwärtigen Stand der gesamten Heilfürsorge durch die Träger der Unfallversicherung.

Die Entwicklung der Heilfürsorge ging also zu Beginn allein von der Praxis aus. Sie ergab sich aus der zweckmäßigsten Handhabung der bestehenden Vorschriften und Gesetze durch die Bgen. Aus diesem Grunde erklärt sich auch, daß sie sich je nach Art und Ort so unterschiedlich gestaltete. Einheitliche Tendenzen zeigten sich zunächst kaum. Erst nachdem tastend hier und da neue Wege gefunden waren, sorgte das Reichsversicherungsamt (= RVA), die Spitze der ganzen reichsgesetzlichen Sozialversicherung, für eine gleichmäßige Ausbreitung der erzielten Fortschritte, indem es durch Rundschreiben auf erprobte Neuerungen, auf Gemeinsamkeiten und günstigeren Einsatz finanzieller und autoritativer Mittel der Bgen hinwies.

Das Recht erweist sich mehr als eine gesetzliche Festlegung dessen, was sich in der Praxis als notwendig und zum großen Teil auch schon als bewährt herausgestellt hatte. Aber mitunter umgrenzte und erweiterte es auch primär die Aufgaben, die das Gebiet der bgl. Heilfürsorge bilden.

Weil die Heilfürsorge seitens der Kkn satzungsgemäß nur die Gesundung der Kranken erzielte und nur mit beschränkten Mitteln ausgeübt werden konnte, schlossen schon im letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts einige Bgen mit den Kkn besondere Verträge ab. In bestimmten Fällen übernahmen sie selbst das Heilverfahren, und zwar auf eigene Kosten. Hierdurch wurde eine im Hinblick auf das Ziel — Behebung der Unfallfolgen und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit — spezieller gestaltete Behandlung garantiert, ein Ziel, das bei den Bgen viel weitergesteckt ist als bei den Kkn.

Die Erfahrungen der besonderen Unfallchirurgie führten sehr bald an manchen Plätzen sogar dazu, daß von den Bgen eigene Unfallkrankenhäuser eingerichtet wurden.

So gering der Einfluß der Bgen bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auch gewesen war, so wuchs er doch mit der Zeit zu einem wichtigen Faktor im deutschen Sozialversicherungswesen heran und mit ihm die Bedeutung der Bgen in der Sozialversicherung. Ihre beherrschende Stellung verdanken sie vorwiegend dem immer vollständigeren Ausbau der bgl. Heilfürsorge. Denn diese erfuhr ebenso wie durch reichsgesetzliche Bestimmungen und durch Verordnungen des Reichsarbeitsministers (= RAM) auch von seiten der Bgen eine ständige Erweiterung und Verbesserung. Dies geschah stets in der Absicht, dem Verletzten in immer

kürzerem Zeitraum seine Arbeitsfähigkeit wiederzugeben oder ihm doch mindestens die Erwerbsfähigkeit, soweit irgend möglich, zu erhalten.

Von allen gemeldeten Betriebsunfällen im engeren Sinne, also all denen, die sich direkt bei der Arbeit im Betriebe ereignet hatten, führten beispielsweise im Jahre 1913 17,69% zur Entschädigung, d. h., hierfür mußten in der Folge Renten gezahlt werden. 1924 waren es noch 12,51%, 1925 noch 12,45%, 1935 aber bloß noch 6,58%. (RABl. 1936, Teil IV, S. 369.)

Der ungeheure Erfolg, der in diesen wenigen Ziffern über den Rückgang der Entschädigungen zum Ausdruck kommt, ist einzig auf die erhöhten Leistungen und den frühen Einsatz bgl. Heilfürsorge zurückzuführen. Nicht nur für den im einzelnen betroffenen Verletzten, sondern auch für die gesamte Volkswirtschaft bedeutet diese bgl. Leistung mit ihrer vielfältigen, segensreichen Auswirkung einen nicht zu unterschätzenden Gewinn.

Ursprünglich war das Aufgabengebiet der Bg als Trägerin der Unfallversicherung dadurch fest umgrenzt worden, daß sie für reine Unfallschäden aufzukommen hatte. Ein „Unfall" mußte die Ursache einer Erkrankung sein und war damit die Voraussetzung für das Einsetzen von Leistungen der Bg. Wesentlich für die Bestimmung des Arbeits- oder Betriebsunfalles war die Plötzlichkeit und Einmaligkeit des Auftretens einer die Gesundheit der Person schädigenden Einwirkung im Betriebe.

Im Gegensatz zu solchen Unfallerkrankungen stehen begrifflich diejenigen Erkrankungen, die durch langdauernde oder wiederholte Einwirkung der Berufstätigkeit auf den Gesundheitszustand erworben werden: die sog. „Berufskrankheiten". Charakteristisch ist für sie, daß sie gewöhnlich nur ganz allmählich auftreten, daß sie oft erst in schon vorgeschrittenem Stadium zum Ausbruch kommen oder erst dann bemerkt werden, wenn sie schon chronisch geworden sind und es für jede wirkungsvolle Abhilfe bereits zu spät ist. Dadurch bilden sie eine schwere Gefahr für alle diejenigen, die von ihnen bedroht werden, und im weiteren Sinne infolge ihres besonderen Charakters auch für die Gesamtheit.

Bis das Wesen der Berufskrankheiten einigermaßen erkannt worden war, unterlagen solche Fälle nur der Krankenversicherung, also einer Behandlung nach den Satzungen der Krankenkassen. Aber nie verstummte die Forderung nach einem erweiterten Schutz, der der Gefährlichkeit dieser Erkrankungen voll Rechnung tragen sollte. Auch hier trafen in gleicher Weise ja alle die Gründe zu, die für eine Bevorzugung der Unfallverletzten (— nicht gesetzlich, nur aus dem Rechtsgefühl heraus und auf Grund der Forderungen der Arbeiter —) geltend gemacht worden waren. So kam es schließlich zu jener Maßnahme, durch die im Verordnungswege auch Berufskrankheiten der Unfallversicherung unterstellt wurden. Aufbauend auf den Erfahrungen aus den der Unfallversicherung zunächst unterstellten neuen Versicherungsfällen konnte schon nach einigen Jahren der Kreis der einbezogenen Erkrankungen beträchtlich vergrößert werden.

Hier wird nun schon klar, wie die Begriffe allmählich eine Erweiterung erfahren; „Unfallentschädigung" war die ursprüngliche Aufgabe der Bgen. Durch aktives Eingreifen versuchten die Bgen, den eingetretenen Schaden wieder zu beseitigen oder doch so weit als irgend möglich

zu mildern. Immer im Hinblick auf dieses Ziel, den besonderen Schutz der Unfallheilfürsorge lückenlos auszubauen und den Schaden auf ein Minimum zu beschränken, fand daher eine allmähliche, wachsende Ausdehnung und Vermehrung der Leistungen statt. Anfangs knüpfte die Leistungspflicht nur an den Schaden durch den typischen Arbeitsunfall an. Aus den Notwendigkeiten der Praxis ergab sich aber dann eine Ausdehnung auf die Behandlung der Krankheitsfälle, die ihre Ursache mehr oder weniger direkt in den Gefahren des Arbeitsplatzes finden.

Ebenso wie der Begriff „Unfall" auf die Berufskrankheiten ausgedehnt wurde, kam es im Lauf der Zeit auch zu einer Erweiterung des Begriffs „Ursächlicher Zusammenhang".

Verhältnismäßig einfach und sicher war die Methode, an den Unfall bei der Arbeit selbst anzuknüpfen. Hatte also ein Versicherter während der Arbeitszeit im Betrieb einen Unfall erlitten, dann konnte (und mußte bei Bedarf) die Unfallversicherung mit ihrer hohen Leistung eintreten. Nun hatte sich mit der Intensivierung der industriellen Berufstätigkeit gezeigt, daß eine vollständige Isolierung der bei der Arbeit erforderlichen Wege von der rein sachlichen Tätigkeit doch allzu zahlreiche Gefahrenmomente unberücksichtigt ließ. Zu solchen Arbeitswegen gehörten einerseits diejenigen, die während der Arbeitszeit im Betrieb bedingt waren, andererseits solche, die zwecks Aufnahme der Arbeit erforderlich waren, d. h. der Weg nach und von der Arbeitsstätte. Das Gesetz dehnte schließlich den Versicherungsschutz auch auf die Unfälle aus, die sich auf diesem Wege ereigneten.

Damit war nun auch der „Wegeunfall" in ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb gebracht worden. Aufs neue erfuhr die Leistungspflicht der Unfallversicherung eine beachtliche Steigerung.

Zur Durchführung einer zweckmäßigen Heilfürsorge, vor allem eines geeigneten Heilverfahrens, waren die Bgen auf das Zusammenarbeiten aller mitwirkenden Stellen angewiesen. Es galt dabei, Sonderinteressen der Ärzteschaft oder der Kkn oder einzelner Verletzter zurückzustellen hinter dem Interesse aller Unfallerkrankten zusammen, welches darauf gerichtet war, eine in jeder Beziehung wirksamste Heilfürsorge so zu gewährleisten, daß sie allen Beschädigten in gleichweitem Ausmaß zukommen mußte.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde auch das Wesen der Unfallmeldungen ausgebaut. Die Bgen sollten ein — wenn auch kostspieligeres, so im Enderfolg doch — einwandfreies, sicheres Heilverfahren stets rechtzeitig einleiten können, wo dies erforderlich war.

Dieses besondere Heilverfahren baut sich auf den Erfahrungen auf, die bei der Heilung von Unfallverletzungen gemacht worden waren. Hierfür ist also zunächst wichtig, daß die Unfallverletzung eine zuverlässige Diagnose erfährt, daß sie richtig erkannt und dementsprechend von Anfang an richtig, d. h. in sachdienlicher Weise behandelt wird. In dieser Absicht entwickelten die Bgen mehrere Verfahrensarten, deren Methoden es ihnen ermöglichten, sich im geeigneten Augenblick in das Heilverfahren einzuschalten.

Das „Verletzungsartenverfahren" kodifiziert die schweren Unfall-

verletzungen und sieht bei den „Schwerbeschädigten" die sofortige Durchführung der stationären Heilbehandlung in einer geeigneten Heilanstalt auf Kosten der Bg vor.

Bei dem „Durchgangsarztverfahren" läßt die Bg alle Unfallverletzten außer den Schwerbeschädigten durch einen besonders bestellten Arzt, den sog. „Durchgangsarzt", untersuchen und ihn entscheiden, ob eine fachärztliche Behandlung erforderlich ist oder nicht.

Als drittes ist das „Beratungsfacharztverfahren" zu nennen, das eine Ergänzung der beiden genannten Verfahren darstellt und weniger zur Anwendung im dichtbesiedelten Industriegebiet gedacht ist.

Als viertes kommt das besondere Verfahren bei Augen- und Ohrverletzungen zur Anwendung.

In Verbindung mit den Bestrebungen der Bgen, das Heilverfahren zu fördern, mußten die Bgen auch Einfluß gewinnen auf den medizinischen Lehrplan bei den Universitäten, auf die Ausbildung der Fachärzte und auf die Ausgestaltung der Heilanstalten. In der Praxis zeigte es sich, daß die Bgen ganz natürlicherweise die Fachärzte und die geeigneten Heilanstalten — das sind solche, die über besondere Einrichtungen verfügen — zur Heilbehandlung in Anspruch nehmen.

Eine wesentliche Rolle spielt in der Heilfürsorge die „erste Hilfe". Daß die Art der ersten Behandlung oft ausschlaggebend ist für den Verlauf und den Grad der Heilung, war von seiten der Bgen bald erkannt worden und führte hier schon in den Neunziger Jahren zu Vorschlägen und an einzelnen Orten zu freiwilligen Maßnahmen. Allerdings brachte erst nach dem Kriege die gesetzliche Regelung einen allgemeinen pflichtmäßigen Einsatz der Bgen für den Ausbau der ersten Hilfe. Die hierfür ausgegebenen Mittel und die dazu geleistete Arbeit, die auch der Heilfürsorge dient, traten zwar weniger als andere Maßnahmen in Erscheinung, sind aber nicht unbeträchtlich. Es erwies sich denn auch, daß der starke Einsatz und die Größe des Aufwandes in vollem Umfang gerechtfertigt waren.

Die bgl. Heilfürsorge umfaßt alle Einrichtungen und Maßnahmen — über die erste Hilfe, die ärztliche Zuweisung, die Krankenbehandlung, die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln bis hinauf zur Pflege in Sonderanstalten und weiter zu einer neuen beruflichen Tauglichmachung —, die dazu geeignet sind, dem Verunglückten die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Nun ist die Leistung bgl. Heilfürsorge weniger als Ergebnis der Gewährung einzelner Mittel aufzufassen; sie ist vielmehr in der richtigen Durchführung eines bestimmten Heilverfahrens bis zum Ziel, der bestmöglichen Wiederherstellung des Verletzten zu erblicken. Ihren sichtbarsten Ausdruck findet die Heilfürsorge daher in dem bgl. Heilverfahren, woran sie am ehesten zu ermessen ist; denn auf ihm beruht letztlich der ganze Erfolg.

Wenn darum die Entwicklung des Heilverfahrens im folgenden in den Vordergrund gerückt wird, so läßt sich dabei aller Fortschritt bgl. Fürsorge auch in seinen Einzelheiten berücksichtigen.

Anknüpfend an den diesbezüglichen äußeren Ablauf des Geschehens, also an die durch das Inkrafttreten neuer Gesetze, Verordnungen oder sonstiger zwingender Bestimmungen gekennzeichneten Abschnitte, soll gezeigt werden, wie sich sachlich die gesamte Heilfürsorge von den Anfängen der Unfallversicherung bis zur Gegenwart bei den gewerblichen Bgen entwickelte.

Drei Etappen lassen sich dabei eindeutig feststellen, für deren Unterscheidung das Heilverfahren den Angelpunkt bildet.

1) Der erste Abschnitt der Entwicklung ist dadurch gekennzeichnet, daß das Heilverfahren freiwillig und nur vereinzelt von den Bgen übernommen wurde.

2) Es bricht sich die Erkenntnis Bahn, daß die Frühübernahme des Heilverfahrens im Interesse des Verletzten und der Bgen liegt. Das Heilverfahren wird auf Grund der Abkommen zwischen Bgen und Kkn (1. Krankenkassenabkommen vom 1. November 1913) sowie der Bestimmungen des RVA durch Vermittlung der örtlichen Vereinigungen (der späteren Landesverbände) in größerem Umfange im Reich eingeführt.

Die Bgen handeln also allmählich immer mehr gemeinsam. Maßgeblich bestimmend für ihre Tätigkeit auf dem Gebiet der Heilfürsorge sind in diesem zweiten Abschnitt die örtlichen Vereinigungen bgl. Verwaltungen.

3) Aus der bisherigen freiwilligen Übernahme des Heilverfahrens (aus der „Kannbestimmung") wird eine „Mußbestimmung" durch die Verordnung (= Vo) des RAM vom 14. November 1928. Nunmehr tragen die Bgen die Verantwortung für das Heilverfahren. Damit beginnt der dritte, jetzt vom Verbande der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften (dem heutigen Reichsverband) geführte Abschnitt.

II. Entwicklung, Grundlage und Praxis der Heilfürsorge in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung.

A. Erster Abschnitt:

Möglichkeiten und Wege zur berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge.

1. Die Tätigkeit der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet der Heilfürsorge.

a) Leistung der Unfallversicherung.

Die Leistungen der Unfallversicherung richten sich im wesentlichen auf den Ausgleich eines wirtschaftlichen Schadens. Ihre Grundlage bilden stets gesetzliche Bestimmungen. Diese stehen jedoch freiwilligen Leistungen, welche über die pflichtmäßige Mindestgrenze hinausgehen, durchaus nicht entgegen. Solche Mehrleistungen liegen vielmehr sogar im Interesse des Versicherungsträgers, soweit sie auf dem Wege über die Förderung des betreuten Verletzten der Bg wieder zugutekommen.

Von derartigen Möglichkeiten machten die Bgen als Träger der Unfallversicherung sehr unterschiedlich, z. T. gar keinen Gebrauch. Denn das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 legte zunächst nur einseitig die Leistungspflicht fest: § 5 regelte Gegenstand und Umfang der Entschädigung; dort hieß es:

I Gegenstand der Versicherung ist der nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bemessende Ersatz des Schadens, welcher durch Körperverletzung oder Tötung entsteht.

II Der Schadenersatz soll im Falle der Verletzung bestehen in
1) den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls an entstehen,
2) einer dem Verletzten vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls an für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente.

§ 7 ergänzte diese Bestimmungen:

Anstelle der im § 5 vorgeschriebenen Leistungen kann bis zum beendigten Heilverfahren freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden[13]).

[13]) ... und zwar:
1) für Verunglückte, welche verheiratet sind oder bei einem Mitgliede ihrer Familie wohnen, mit ihrer Zustimmung oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann;
2) für sonstige Verunglückte in allen Fällen.

b) Berufsgenossenschaft und Krankenkasse.

Laut Krankenversicherungsgesetz waren die Kkn verpflichtet, für alle Erkrankungsfälle, also auch für diejenigen, die durch Unfall hervorgerufen waren, einzutreten. 13 Wochen, vom Tage der Erkrankung an gerechnet, dauerte ihre Leistungspflicht gegenüber denjenigen Unfallverletzten, die auch krankenversichert waren. Erst mit dem Ablauf der 13. Woche nach dem Unfalltage setzte die Leistungspflicht der Bgen ein [14]). Das Gesetz schrieb ihnen dazu lediglich den Ersatz der Kosten des Heilverfahrens vor, soweit solche eben vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls an noch entstanden. Mit der weiteren Durchführung des Heilverfahrens konnten die Bgen gegen Erstattung der entstehenden Kosten die Kkn betrauen.

Die Karenz- oder Wartezeit, wie die ersten 13 Wochen genannt wurden, während welcher der Unfallverletzte in Behandlung der Kk stand und gegen die Unfallversicherung noch keinen Anspruch auf Rente hatte, bedeutete häufig nicht nur für den Verletzten eine starke wirtschaftliche Belastung, sondern wirkte sich oft später auch für die dann in Anspruch genommene Bg noch weiter nachteilig aus. Der tiefere Grund für die Einführung der Wartezeit liegt in der Entstehung der beiden sozialen Versicherungszweige: Kranken- und Unfallversicherungsgesetz sollten ursprünglich gleichzeitig in Kraft treten. Da aber die Krankenversicherung allein voranging, wurden von ihrer generellen Regelung der 26-wöchigen Krankenhilfe auch die betrieblichen Unfallverletzungen erfaßt. Mit 13 Wochen, der halben Frist, glaubte man bei Ausarbeitung des Unfallversicherungsgesetzes die Verletzten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle hinreichend versorgt: Die Überleitung der Leistungspflicht von der Kk auf die Bg würde die Wirkung der Heilfürsorge oder das Heilverfahren jedenfalls nicht stören.

Dennoch war diese Organisation hinsichtlich des Zieles unvollkommen und ungenügend; der Fehler lag im Grunde genommen in der unglücklichen Konstruktion eines Über- oder Nebeneinanders von Kranken- und Unfallversicherung — während sie dabei doch auf ein Zusammenwirken angewiesen waren — begründet. Denn derweil die Unfallversicherung mit ihren Leistungen der Heilfürsorge die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Unfallverletzten bezweckt, dient die Krankenversicherung dem Schutz, bzw. der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Versicherten. In Leistungsfähigkeit und Ziel unterscheiden sich beide Versicherungszweige grundsätzlich voneinander.

[14]) Die gesetzliche Leistungspflicht der Kkn erstreckte sich über einen Zeitraum von 26 Wochen, der aber durch die Satzung bis auf 52 Wochen verlängert werden konnte. Das Gesetz bestimmte im einzelnen die Ausdehnung der Versicherungspflicht gemäß Tätigkeit und Jahresarbeitsverdienst. Da es aber nicht alle Gewerbetreibenden verpflichtete, zumal viele Kleingewerbetreibende nicht und auch nicht alle Landwirte, wies es bedeutende Lücken auf.

Die besondere Regelung der Unfallversicherung, welche nur einen Überbau über die Krankenversicherung darstellte, wirkte sich daher für beide Teile — Verletzten und Träger der Unfallversicherung — dann meist schädlich aus, wenn ein solcher nichtkrankenversicherter Unfallverletzter während der ersten 13 Wochen ohne die erforderliche sachgemäße Behandlung geblieben war.

c) Verschiedenartige Heilfürsorge.

Die Aufgabe der Kk wird in § 182 RVO folgendermaßen bestimmt: Als Krankenhilfe wird gewährt:

1) Krankenpflege von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln; und
2) Krankengeld in Höhe des halben Grundlohnes für jeden Arbeitstag, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht; es wird vom 4. Krankheitstag an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an gewährt.

Die Kkn haben nun eine vielfach größere Menge an Erkrankungsfällen zu betreuen (mindestens das Zehnfache) als die Bgen an Verletzungsfällen. Es müssen ihre Mittel einem weit größeren Kreis als jene der Bgen den Unfallverletzten zugutekommen. Ferner ist ihre gesetzliche Fürsorge auf die Zeitspanne der 26 bzw. 13 Wochen begrenzt (§ 183 RVO). Damit sind die Bedingungen gegeben, unter denen die Kk ihre Krankenpflege gewährt: Sie kann nicht ein Verfahren einleiten (und durchführen), das voraussichtlich längere Zeit und übermäßige finanzielle Leistungen erfordern wird.

Die Kk hat also ein Interesse daran, den von ihr betreuten Versicherten möglichst frühzeitig und mit möglichst niedrigen Behandlungskosten als „gesund" aus der Behandlung zu entlassen. Zum Schutze der finanziellen Lage der Kkn sind die Kassenärzte gehalten, den Kranken nur das unbedingt Notwendige zu verordnen.

Anders sind Ziel und Ansprüche der Bgen: Einer großen Zahl Versicherter steht eine verhältnismäßig geringe Anzahl an Versicherungsfällen gegenüber.

Finanziell kann die Leistungsfähigkeit der Bgen durch ein sog. Umlageverfahren den jeweiligen Erfordernissen angepaßt werden.

Die Leistungspflicht ist zeitlich nicht — wie dagegen bei der Krankenversicherung — durch Gesetz begrenzt.

Gelingt es nicht, die Erwerbsfähigkeit des Unfallverletzten völlig wiederherzustellen, so ist die Bg zu langdauernder Rentenzahlung verpflichtet. Ihr Interesse geht also darauf hinaus, den Verletzten nicht nur zu heilen, wie es das Ziel der Kk ist, sondern vielmehr dem Verunglückten in erster Linie die Erwerbsfähigkeit in vollem Umfange zu erhalten, koste es auch eine langwierige oder teure Behandlung. Wird das Ziel erreicht, so macht sich das kostspielige Heilverfahren dadurch bezahlt, daß der Erfolg der Bg eine langfristige Rentenbelastung erspart.

Außerdem liegt daneben eine solche sorgfältige Heilbehandlung nicht nur im Interesse des Verletzten, der den gesunden Gebrauch seiner Glieder und seines Körpers überhaupt höher schätzt als eine Rente, die doch keinen vollen Ausgleich bilden kann, sondern sie liegt weiterhin auch im Interesse der Volksgemeinschaft und vor allem der Volkswirtschaft.

Derart verschiedene Gesichtspunkte der Versicherungsträger führten von der Divergenz in den Anschauungen über die Heilbehandlung zu ganz verschiedenen Ergebnissen auf dem gleichen Gebiet. Der Leidtra-

gende bei diesem Zwiespalt war neben dem Unfallverletzten die Bg; denn sie hatte zuletzt die nachteiligen Folgen finanziell zu tragen.

Nach 13 Wochen hat sie das Heilverfahren vielleicht mit anderem Ziel und anderen Methoden aufzunehmen, da die Mittel und Maßnahmen der Kk zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten nicht ausgereicht hatten. Der Erfolg, der auf diese Weise erzielt wurde, blieb oft hinter demjenigen zurück, der möglich gewesen wäre, wenn ein derartiges Heilverfahren sofort eingesetzt hätte. Hier und in bereits abgeheilten Fällen, wo ein neues Heilverfahren sowieso nicht in Frage kam, weil es dazu zu spät war, hatte die Bg auch noch die Rentenlast zu tragen: Ihre Verpflichtung erschöpfte sich nicht wie bei der Kk in der Zahlung eines zeitlich begrenzten Krankengeldes.

Für die Bgen handelte es sich also nicht nur um die „anatomische Heilung“ [15]) des Verletzten (Abheilung von Wunden, Zusammenfügen der Bruchenden bei Knochenbrüchen usw.); vielmehr kam es vor allem darauf an, die „funktionelle Wiederherstellung“ [16]) des Verletzten (d. h. eine Heilung, bei der Verkürzungen von Gliedern und Versteifungen von Gelenken vermieden werden ebenso wie bedeutende, selten wieder zu beseitigende Schwächungen der Muskulatur usw.) zu erreichen, ihm also wieder seine volle Erwerbsfähigkeit zu vermitteln.

d) Durchbrechung der Wartezeit.

Einzelne Bgen hatten schon zu Anfang ihrer Tätigkeit erkannt, daß es ihre Aufgabe sein mußte, auf die Heilfürsorge Einfluß zu gewinnen und bei der Gestaltung des Heilverfahrens wesentlich mitzuwirken, wollten sie durchsetzen, daß ihre Mittel zur wirksamsten Verwendung gelangten.

Obgleich das Recht keine Handhabe dazu bot, hatten einige Bgen Erfolg mit dem Bestreben, durch Zusammenarbeit mit den Kkn das Heilverfahren schon in seinem ersten Teil, also in den ersten 13 Wochen, in ihrem Sinne zu verbessern und auszubauen.

Hierauf in einem Rundschreiben hinzuweisen, sah sich schon am 18. März 1887 — also bereits anderthalb Jahre nach Inkrafttreten der Unfallversicherung — Dr. Bödiker, der erste Präsident des RVA, veranlaßt:

> „Rundschreiben an die Berufsgenossenschaftsvorstände, betreffend die Fürsorge für Verletzte während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall.“ [17])
>
> „... Mit Rücksicht auf diese Bestimmung (§ 5 II) und die Vorschrift des § 10, Abs. III des Unfallversicherungsgesetzes ist von bgl. Seite die Auffassung vertreten worden, die Bgen könnten in den ersten 13 Wochen nach Eintritt des Unfalles auf die Heilung des Verletzten einen fördernden Einfluß überhaupt nicht gewinnen, weil es ihnen verwehrt sei, zu diesem Zweck irgendwelche Aufwendungen zu machen. Demgegenüber hat bereits bei Einreichung

[15]) Die Ausdrücke „anatomische Heilung“ und „funktionelle Wiederherstellung“ sind als Begriffe in die Literatur der Sozialversicherung eingegangen; sie stellen eine Entwicklung dar in der ärztlichen Auffassung über den besten Behandlungserfolg.

[16]) Siehe Anm. 15.

[17]) Amtl. Nachr., April 1887.

der Nachweisungen der Rechnungsergebnisse für das IV. Quartal 1885 wahrgenommen werden können, daß einzelne Bgen einen abweichenden Standpunkt eingenommen haben und im Interesse der Kontrolle der Verunglückten innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle eine ärztliche Beobachtung ihrerseits für zweckmäßig gehalten, bzw. zur gründlichen Heilung der Verletzten die frühzeitige Behandlung durch einen Spezialarzt (z. B. bei Augenverletzungen, schweren Brüchen usw.) vermittelt haben. ..."

Ein Eingreifen in die Krankenpflege setzte natürlicherweise voraus, daß die Bgen grundsätzlich im Einvernehmen mit den Kkn handelten und die mögliche Entstehung von Mißhelligkeiten seitens der an der Behandlung beteiligten Ärzte sorgfältigst vermieden.

„... Unter dieser Voraussetzung widerspricht es den Absichten des Gesetzgebers nicht, wenn die Bgen in den geeigneten Fällen schon zeitig dazu mitwirken, daß dem durch einen Betriebsunfall Verletzten möglichst bald und, wenn tunlich, in vollem Umfang seine Gesundheit wieder verschafft, oder daß bei schweren Operationen sein Leben erhalten wird, indem sie die durch Verbringung in entfernte Kliniken und auf andere Weise entstehenden Mehrkosten auf sich nehmen.

Durch die Aufwendung solcher Kosten wird das Wohl der verletzten Arbeiter gefördert und eine Verminderung der von der Genossenschaft zu leistenden Entschädigungsbeträge bezweckt. Es liegt daher nicht außerhalb des Rahmens der den Bgen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, wenn derartige Aufwendungen aus dem Vermögen der Genossenschaft erfolgen."

Eine so weitgehende Fürsorge, die schon während der Wartezeit einsetzte, hatte das Gesetz nicht beabsichtigt, sie lag aber im Interesse des Verletzten und nicht minder der Bg; auch konnte sie dem Ansehen der Kk weder Abbruch tun noch ihr Schaden bringen.

„Zu weiterer Anregung in diesem Sinne hat das RVA auch später wiederholt Rundschreiben ergehen lassen und die Ergebnisse des von einigen Genossenschaften oder Sektionen innerhalb der Wartezeit übernommenen Heilverfahrens in seinen „Amtlichen Nachrichten" veröffentlicht. Mehrfach ist den Bgen die richtige Auswahl der Fälle und sorgfältige Ausgestaltung des Heilverfahrens seitens des RVA empfohlen worden. Ein rechtzeitiges, geeignetes und gehörig durchgeführtes Heilverfahren wurde den auf die Unfallverhütung abzielenden Bestrebungen zur Seite gestellt, und es wurde darauf hingewiesen, daß in diesen beiden Arten der Betätigung die Mittel gegeben seien, die Rentenlast zu vermindern und doch zugleich für das Wohl der Arbeiter am besten zu sorgen." [18])

Bei dieser Entwicklung konnte es jedoch nicht ausbleiben, daß infolge der dezentralistischen Organisation des Berufsgenossenschaftswesens die Heilfürsorgepraxis bei den einzelnen Bgen oder gar ihren Sektionen sehr unterschiedliche Fortschritte machte. Der Ungleichmäßigkeit der bgl. Praxis gegenüber hat das RVA „an seinem Standpunkte, der im Laufe der Jahre immer mehr durch Erfahrungen gestützt wurde und namentlich

[18]) Aus: „Das Reichsversicherungsamt und die deutsche Arbeiterversicherung", S. 148.

stets erneut die Zustimmung der Ärzte fand, festgehalten und ihn in neuerer Zeit mit besonderem Nachdruck zur Geltung gebracht." [19])

e) Einheitliche Gestaltung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge.

Um einen klaren Überblick über die praktischen Erfahrungen mit und aus den Heilverfahren zu gewinnen, welche von den Bgen schon während der Wartezeit beeinflußt oder übernommen worden waren, und um die Möglichkeiten zu erkennen, die eine einheitliche Entwicklung gewährten, stellte das RVA im März 1907 eine eingehende Erhebung an. Die Denkschrift, die daraus hervorging, wurde auf einer Konferenz am 27. November 1909 im Verein mit Vertretern der Bgen und einer größeren Zahl angesehener Ärzte beraten. Wiederum zwei Jahre später wurde der praktische Erfolg sichtbar, wo schließlich als Ergebnis dieser Untersuchung und Beratung das RVA durch Rundschreiben vom 14. Dezember 1911 die „Leitsätze für das Heilverfahren während der Wartezeit" [20]) bekanntgab, die „im Einvernehmen mit Vertretern der Bgen, der Versicherten und der Ärzte (auch der Kassenärzte) aufgestellt" worden waren.

Sie besagten etwa folgendes:

Schon während der ersten 13 Wochen ist alles Geeignete zu veranlassen, um ein Heilverfahren durchzuführen, das die bestmögliche Erhaltung der Erwerbsfähigkeit sicherstellt. Es muß also auf die Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Körpers gerichtet sein.

Die Bg soll deshalb unverzüglich prüfen, ob gegebenenfalls ein Heilverfahren der Kk zu diesem Ergebnis führen würde oder nicht.

Stets ist bgl. (Früh-)Heilverfahren geboten bei bestimmten schweren Verletzungsfällen (die einzeln angeführt werden).

Die Bg hat vor allem auf sichere Diagnose zu achten (Kontrolle durch Röntgenuntersuchung bei Verletzungen an oder in der Nähe von Gelenken).

Ferner hat sie auch nur bestgeeignete Heilanstalten auszuwählen und zu beschicken (d. h. solche, die neuzeitlich eingerichtet sind und über geschultes Personal und unfallmedizinisch erfahrene Fachärzte verfügen).

Die ärztliche Behandlung und Überwachung soll tunlichst individuell gestaltet sein.

Bei Übernahme ist selbstverständlich Rücksicht auf den erstbehandelnden (Kassen-)Arzt geboten.

Die Möglichkeit, ein bgl. Heilverfahren frühzeitig in die Wege zu leiten, ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

Schließlich wird noch empfohlen, auch ein einwandfreies Krankenkassenheilverfahren aufmerksam zu verfolgen.

Erläuternd war hinzugefügt: Die einzelnen bgl. Verwaltungen würden aus den allgemeinen Richtlinien unter Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse das für sie Geeignete zu entnehmen haben; das RVA strebe keine schablonenhafte Behandlung, sondern ein dem Einzelfall angepaßtes Verfahren an. Verständnisvoll angewandt, wür-

---

[19]) Siehe Anm. 18.

[20]) Amtl. Nachr. vom 15. Dezember 1911, S. 595.

den die Leitsätze dazu beitragen, ein wirksames Heilverfahren zum Vorteil für alle Beteiligten sicherzustellen.

So gewann allmählich das RVA auf eine Entwicklung Einfluß, deren Erfolge es nun der Gesamtheit zunutzemachte. Somit war die Garantie gegeben, daß die segensreiche Auswirkung dieser Entwicklung durch einheitliche Ordnung gesichert und verstärkt wurde.

2. Die Entwicklung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge im Spiegel des Rechts.

a) Legalisierung des berufsgenossenschaftlichen Frühheilverfahrens.

In dieser Entwicklungslinie bgl. Tätigkeit zeigt sich die Tendenz, frühzeitig oder schon von Beginn an wesentlichen Einfluß auf die Gestaltung des Heilverfahrens zu gewinnen, um damit ein günstigeres Ergebnis zu erzielen. Eine Befugnis ähnlichen Sinnes, wenn auch längst nicht so weitgehend, hatte das Gesetz von 1884 den Bgen zugestanden. § 7 gab ihnen die Möglichkeit an die Hand, den Verletzten „anstelle der gesetzlichen Renten von der 14. Woche nach dem Unfall an bis zur Beendigung des Heilverfahrens freie Kur und Verpflegung in einem Krankenkaus zu gewähren".

„In Ausübung dieses Rechts haben die Bgen zahlreiche Verletzte Krankenhäusern überantwortet, und das RVA hat ihnen in wohlverstandenem Interesse beider Teile insofern starke Hand hierbei gelichen, als es im Wege der Rechtsprechung feststellte, daß bei grundloser Weigerung, sich in einem Krankenhause verpflegen und heilen zu lassen, die Bg berechtigt sei, den möglichst ungünstigsten Schluß aus dieser Weigerung hinsichtlich des erhofften Heilerfolges zu ziehen, die Rente mithin so niedrig zu bemessen, wie wenn der denkbar günstigste Heilerfolg eingetreten wäre, u. U. also die Rente ganz abzuerkennen.

Indessen diese Befugnis der Bgen begann erst mit Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall; bis dahin konnte durch eine unzweckmäßige Heilmethode schon manches verdorben und in einer unwiederbringlichen Weise verpfuscht sein." [21])

Die Regelung des § 7 erwies sich demnach als verfehlt, da er in dieser Form das rechtzeitige Eingreifen der Bgen nicht zuließ.

Die Bgen wären also wohl imstande gewesen, wenn sie die im § 7 anerkannten Möglichkeiten ausnützten, mitunter bessere Heilerfolge zu erzielen; wenn sie sich jedoch genau an die gesetzliche Vorschrift hielten. — nämlich erst nach der Wartezeit aktiv in das Heilverfahren einzugreifen, — erreichten sie dieses Ziel nur in seltenen Fällen.

„Zwar bemühten sich die Bgen, auch bereits vorher im Einvernehmen mit den Kkn auf das Heilverfahren einen mitbestimmenden Einfluß zu gewinnen, indessen fehlte dem die gesetzliche Grundlage. Und so kam es denn, daß die Bgen, die Notwendigkeit einer schärferen Fürsorge unmittelbar nach dem Unfall mehr und mehr erkennend, ihre ganze Kraft

[21]) Bödiker: Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, 1895, S. 36.

einsetzten, durch das Gesetz die Befugnis der Übernahme der Fürsorge schon gleich nach dem Unfall zu erlangen.

Dieses Bestreben ist von Erfolg gekrönt gewesen. Die Krankenversicherungsnovelle vom 10. April 1892 (RGBl. 1892, S. 379) bestimmt im § 76 c, daß in Erkrankungsfällen, welche durch Unfälle herbeigeführt worden sind, die Bg berechtigt ist, das Heilverfahren auf ihre Kosten alsbald zu übernehmen, und daß alsdann der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Bg übergeht, wogegen alle Verpflichtungen, welche der Kk dem Verletzten gegenüber obliegen, auf die Bg übergehen.

Im § 76 b wird weiter bestimmt, daß die Kkn jeden Erkrankungsfall, welcher durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt ist, binnen gewisser Frist dem Vorstande der Bg anzuzeigen haben." [22])

Mit dieser Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes wurde also ein tatsächlicher Zustand, wie er an manchen Orten schon herrschte und allgemein erstrebt wurde, legalisiert: Die Bgen erhielten nun auch durch Gesetz ausdrücklich das Recht zugestanden, schon während der 13wöchigen Wartezeit nicht nur in das Heilverfahren mitbestimmend einzugreifen, sondern es selbst — allerdings ganz auf eigene Kosten — zu übernehmen.

b) Spezialisierung der berufsgenossenschaftlichen Leistungspflicht.

Als am 30. Juni 1900 das Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (RGBl. 1900, S. 573), und zugleich das Gewerbeunfallversicherungsgesetz (RGBl. S. 585) in Kraft trat, wurde zwar die 13wöchige Wartezeit für die Unfallversicherung und die Bestimmung des § 76 c beibehalten. Neu aber war, daß jetzt als Leistung nicht mehr der Ersatz der Kosten des Heilverfahrens vorgeschrieben war; sondern im § 9 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes hieß es, als Schadenersatz seien zu gewähren:

1) freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dgl.),
2) eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

In dieser Fassung des Gesetzes kommt zum Ausdruck, daß die Bgen inzwischen durch ihre Tätigkeit in engere Beziehung zum gesamten Heilverfahren getreten, daß sie gewissermaßen nun daran mitbeteiligt sind. Infolgedessen entsprach die nähere Bezeichnung und Ausgestaltung ihrer Verpflichtung vorwiegend einem praktischen Bedürfnis.

Zum erstenmal waren nun die Bgen auch verpflichtet, nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 9 Abs. I Hilfsmittel zu gewähren. Ein Grundsatz, was als Hilfsmittel anzusehen wäre, fehlte noch. Jedoch galten als solche ganz allgemein: Stiefel, Stelzfüße, künstliche Gliedmaßen, Bruchbänder, Korsetts, Fahrstühle, eventuell auch Glasaugen und Perücken — je nach Lage des Falls.

[22]) Bödiker: a. a. O.

c) Aufhebung der Sonderstellung des berufsgenossenschaftlichen Frühheilverfahrens.

Zu einer letzten Änderung der Rechtsverhältnisse, die sich im Rahmen dieser Entwicklungsperiode ereignete, wodurch aber die grundsätzliche Lage nicht umgestaltet wurde, kam es durch die Einführung der Reichsversicherungsordnung (= RVO) vom 19. Juli 1911 (RGBl. 1911, S. 509), welche die gesamte Sozialversicherung in einem Gesetz zusammenfaßte:

Es blieb die Wartezeit in der Heilfürsorge der Bg, und es wurde ihr wiederum das Recht bestätigt, jederzeit das Heilverfahren übernehmen zu dürfen. Hinzukam, was für die weitere Entwicklung von Wichtigkeit war, daß bei Übernahme der Heilbehandlung durch die Bg die Kk der Bg insoweit Ersatz zu leisten habe, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könne und der Unfallversicherungsträger dann nicht selbst zur Leistung verpflichtet wäre.

Mit dieser Änderung war allerdings theoretisch die ausgesprochene Sonderstellung des bgl. Frühheilverfahrens aufgehoben.

d) Mittlerstellung der Gesetze.

Die Bedeutung der Entwicklung des Rechts liegt in dem entscheidenden Einfluß, den es seinerseits wiederum auf die Praxis in der Gesamtheit ausübte.

Aus der Praxis erwuchsen mit neuen Zielen erweiterte Forderungen, die — unterstützt und unterstrichen durch vereinzelte, erfolgreiche Beispiele — in Vorträgen und in der Literatur ihren Niederschlag fanden.

Reichsgesetze, Verordnungen des RAM, Bestimmungen und Leitsätze des Reichsversicherungsamts sowie die in den Amtlichen Nachrichten veröffentlichten Rundschreiben sorgten dann dafür, daß diese Forderungen allseits in die Praxis umgesetzt wurden, daß Verbesserungen der Organisation und sonstige vorteilhafte Neuerungen von der Allgemeinheit der Bgen aufgenommen wurden. So nahmen die gesetzlichen Bestimmungen eine Mittlerstellung ein zwischen einzelnen Pionierleistungen und der Gesamtentwicklung der Praxis.

Da nun die praktische Entwicklung der Heilfürsorge vielerorts, je sowohl nach fachlicher Zugehörigkeit als auch nach örtlicher Gebundenheit der Bg, sehr unterschiedlich gewesen war, so mußten sich die neuen Gesetze bei den einzelnen Bgen, Sektionen und örtlichen Vereinigungen jeweils auch wieder verschieden auswirken.

3. Auswirkungen der dominierenden Stellung der Berufsgenossenschaften.

a) Berufsgenossenschaftlicher Einfluß auf das Krankenhaus.

Die Krankenversicherungsnovelle von 1892 brachte die Entwicklung der bgl. Heilfürsorge einen bedeutenden Schritt vorwärts. Denn seitdem besaßen die Träger der Unfallversicherung das Recht, schon während der

Wartezeit in das Heilverfahren einzugreifen, es auf ihre Kosten zu übernehmen.

Viele bgl. Verwaltungen wendeten sich daher sofort eifrig den Verletzten zu; sie verlangten von den Ärzten, die sie allerorten selbst instruierten und honorierten, die einzelnen Verletzten sorgsam zu behandeln und genauestens zu beobachten. Auf solche Weise sicherten sich manche Bgen und Sektionen in den von ihnen beschickten Krankenhäusern eine besonders sachverständige Behandlung der Unfallverletzungen. Zum Teil besaßen diese Krankenhäuser ja schon eine gewisse Erfahrung durch die Übernahme und Behandlung derjenigen Fälle, bei denen eine Bg seither von der Befugnis des § 7 des Unfallversicherungsgesetzes (Gewährung stationärer Behandlung anstelle des Kostenersatzes für ein Heilverfahren und der Zahlung einer Rente) Gebrauch gemacht hatte. Größere chirurgische Stationen öffentlicher Krankenhäuser sorgten vielfach in besonderen Abteilungen für die Unfallverletzten.

Während verschiedene Bgen durch finanzielle Beihilfe sich an der Gründung neuer Krankenhäuser beteiligten [23]), errichteten vor allem die Knappschafts-Bgen sogar eigene Krankenhäuser [24]); dadurch sollte ihren auf die Förderung und Verbesserung des Heilverfahrens abzielenden Bestrebungen am besten gedient werden.

Doch nicht alle Bgen hielten mit dieser Entwicklung Schritt. Es gab noch eine ganze Anzahl, die nur in seltenen Ausnahmefällen vor Ablauf der 13 Wochen das Heilverfahren übernahmen und dann meistens noch recht spät. Andere gingen behutsam einen Mittelweg, um mit Hilfe von umfangreichem Material und Belegen weitere Erfahrungen zu sammeln.

b) Die Unfallstationen.

(Verfahren bei den minderschweren Verletzungen.)

In der richtigen Erkenntnis, daß gerade die Maßnahmen bei der ersten Versorgung wie überhaupt die erste Behandlung für den ganzen Verlauf des Heilungsprozesses und damit des Heilverfahrens von ausschlaggebender Bedeutung ist, wurde bald nach dem Inkrafttreten der Krankenversicherungsnovelle [25]) in Berlin die bgl. Fürsorge für die Frischverletzten besonders ausgestaltet.

Dr. Stöcker, Mitglied des RVA, führte hierzu folgendes aus [26]):

„Die Krankenhäuser, die als ihre Hauptaufgabe die klinische Behandlung betrachteten, erschienen den Bgen nach den gemachten Erfah-

[23]) So die Südwestliche Baugewerks-Bg in Straßburg und die Südwestliche Eisen-Bg in Algringen.

[24]) In erster Linie sind hier zu nennen die Anstalten Bergmannsheil in Bochum (schon im Jahre 1890 errichtet), Bergmannstrost in Halle und die Nervenheilanstalt in Schkeuditz; ferner die Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Bg Hermannshaus in Stötteritz bei Leipzig und die Heilanstalt der Norddeutschen Holz-Bg in Wilhelmshagen.

[25]) Die Anregung zu der hier in Betracht kommenden bekannten Bestimmung des § 76 c ist auf eine Petition der Nordöstlichen Eisen- und Stahl-Bg — und zwar der Berliner Sektion I — vom 4. 1. 1889 an das Reichsamt des Inneren zurückzuführen.

[26]) Dr. Stöcker in seinem Referat über „Die Leistungen der Bgen auf dem Gebiet der ersten Hilfe und des Rettungswesens", a. a. O., S. 625.

rungen nicht geeignet, gleichzeitig die Aufgaben chirurgischer Wachstationen zu übernehmen; die Inanspruchnahme der in der Nähe der Unfallstelle wohnenden Ärzte versagte häufig, weil diese während eines erheblichen Teiles des Tages außerhalb der Wohnung ihrer Praxis nachgehen. Dem Bedürfnis, den Verletzten in einer ihnen Tag und Nacht zur Verfügung stehenden Verbandstätte jederzeit ärztliche Hilfe zu sichern, und damit im Interesse der Bgen die Gewähr für einen guten Heilerfolg zu erhöhen, verdanken die bgl. Unfallstationen ihre Entstehung. Sie sind — abgesehen von einer Station in Breslau — auf Berlin beschränkt geblieben, haben hier aber durch ihre Zahl und durch den Umfang ihrer Leistungen für die Versicherten sowohl als auch für das allgemeine Rettungswesen der Reichshauptstadt so erhebliche Bedeutung gewonnen, daß der erste Präsident des Reichsversicherungsamts mit Recht das schöpferische Vorgehen der Bgen auf diesem Gebiet als „eine besonders freudig zu begrüßende Frucht der Sozialgesetzgebung" bezeichnen konnte. Sie sind im Jahre 1893 hervorgegangen aus der Entschließung der Vorstände einiger Bg-Sektionen, die in Berlin ihren Sitz haben, und haben sich seitdem auf 20 Stationen vermehrt, die sich auf Berlin, Charlottenburg, Rixdorf und Schöneberg verteilen. Kennzeichnend für ihr Wesen ist die Sicherstellung eines dauernden ärztlichen Dienstes. Sie sind zu diesem Zweck mit chirurgisch vorgebildeten Ärzten und Hilfsärzten versehen, denen Krankenwärter und Krankenschwestern in der erforderlichen Zahl zur Seite stehen. Dadurch, daß in allen beteiligten Betrieben durch Anschlag auf die nächstgelegenen Unfallstationen aufmerksam gemacht und auf ihre stete Hilfsbereitschaft sowie die zur Verfügung stehenden Transportmittel hingewiesen wird, ist erreicht, daß bei einem Betriebsunfall keiner der Beteiligten im Zweifel darüber ist, wo mit Sicherheit darauf gerechnet werden kann, daß der Verunglückte sachgemäße erste ärztliche Hilfe findet. Da die Ärzte der Unfallstationen verpflichtet sind, auf Verlangen auch außerhalb der Stationen Hilfe zu leisten, so ist Fürsorge getroffen, daß bei schweren Verletzungen die nachteilige Beförderung des Verletzten vor Anlegen eines Verbandes vermieden wird.

Es ist anzuerkennen, daß die Unfallstationen sich als das wirksamste Mittel bewährt haben, dessen sich die Bgen unter den besonderen Verhältnissen der Weltstadt bedienen konnten, um den ihrer Fürsorge unterstehenden Arbeitern unter allen Umständen einen sofortigen guten Verband von ärztlicher Hand zu sichern."

Diese Organisation war aber nur die sehr wichtige Ergänzung anderer Maßnahmen, welche in Berlin zum Zwecke einer sorgsamen Verletztenfürsorge durchgeführt wurden

Hier hatten die Bgen besondere Vertrauensärzte herangezogen und in ihren Dienst gestellt, teils zur eigenen Beratung, hauptsächlich aber zur sachgemäßen Behandlung der Unfallverletzten [27]). Indem sie sich auf

---

[27]) Bereits im Jahre 1887 wurde bei der Berliner Sektion der Nordöstlichen Eisen- und Stahl-Bg die Einrichtung getroffen, daß sich die Unfallverletzten dem Vertrauensarzt der Sektion in regelmäßigen Zeitabständen vorstellen mußten. Der Vertrauensarzt bestimmte den weiteren Heilplan und überwies die Verletzten gegebenenfalls in eine be-

diese Weise eigene Ambulatorien schufen, erhielten sie nicht nur frühzeitig Kenntnis über das erforderliche Heilverfahren, sondern sie führten auch eine genaue Kontrolle über den Fortgang der Wiederherstellung der Verletzten durch.

Bei diesem Verfahren erhielt die Bg Einblick in die minderschweren Verletzungsfälle und damit die Möglichkeit des frühzeitigen Eingreifens; es wurde zum Vorbild für das sog. „Kontroll- oder Durchgangsarztverfahren", das sich später daraus entwickelte und weitere Verbreitung fand. (Darauf wird noch genauer eingegangen werden.)

Wie günstig Unfallstationen, eigene Ambulatorien und das System des Vertrauensarztes sich für die Bgen und die Verletzten auswirkten, zeigen die Berichte aus jener Zeit. „So sind z. B. die in dem von Vertrauensarzt Sanitätsrat Dr. Pleßner erstatteten Bericht niedergelegten günstigen Erfahrungen, insbesondere die ... ärztliche Feststellung des Zustandes unmittelbar nach der Verletzung, die auffallende Verbesserung der Heilerfolge durch wirksame Ausnutzung der ersten wichtigen Wochen nach dem Unfall, durch genaue Kontrolle und möglichst lückenlose Durchführung des Heilverfahrens unter Anwendung aller geeigneten Mittel von allen Seiten bestätigt worden.

Während im Jahre 1888 55% und im Jahre 1889 41% der Rentenanwärter länger als 20 Wochen im Heilverfahren blieben, war im Jahre 1893 das Heilverfahren nur bei 20% noch nicht mit Ablauf der 20. Woche nach dem Unfall beendet.

Die wesentliche Abkürzung des Heilverfahrens, die Verbesserung der Heilresultate wurde also durch Ausnützung der Karenzzeit erreicht." [28])

Wie sehr insbesondere die in den Unfallstationen gewährte sofortige und durchgreifende Hilfe auf eine Vermehrung der Erwerbsfähigkeit der Verletzten hinwirkte, erhellt aus dem folgenden Bericht der an den Berliner Unfallstationen neben vielen anderen Bgen hauptbeteiligten Brauerei- und Mälzerei-Bg, Sektion VI, vom Jahre 1895 [29]):

„Während die Zahl der angemeldeten und zu einer Entschädigung führenden Unfälle wie bei anderen Bgen so auch bei der Brauerei- und Mälzerei-Bg, bzw. deren Sektion VI, bis dahin im Wachsen begriffen war, hatte im Jahre 1893, in welchem die Sektion bereits eine umfangreiche Kontrolle der Verletzten durch Vertrauensärzte ausüben ließ, ein weiteres Steigen der Ziffer für entschädigungspflichtige Unfälle aufgehört.

Im Jahre 1894, nach Einrichtung der Unfallstationen, ist diese Ziffer aber ganz erheblich geringer geworden, wie folgende Tabelle ergibt:

---

sonders geeignete ärztliche Behandlung. (Aus dem Sonderdruck: 50 Jahre Nordöstliche Eisen- und Stahl-Bg 1885—1935.)

[28]) Schütz, G.: „Die ärztlichen Gründe für die frühzeitige Übernahme des Heilverfahrens durch die Bgen", in den „Veröffentlichungen des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft", 1909, Heft 17, S. 35.

[29]) Bödiker: a. a. O., S. 37/38.

Jahr	Zahl der Arbeiter	gemeldete Unfälle	Entschädigungspflichtige Unfälle	Entschädigte Unf. auf 1000 Arbeiter	Verbindl. Unf. auf 1000 gemeldete
1891	18 577	1 621	312	16,79	19,25
1892	19 112	1 811	337	17,63	18,61
1893	19 544	2 338	340	17,40	14,54
1894	19 850	2 372	249	12,54	9,68

Die Sektion hatte demnach im letztverflossenen Jahre (1894) 91 rentenpflichtige Fälle weniger zu verzeichnen. Diesem Ergebnis gegenüber ist der mäßige Mehraufwand an Kosten für das intensivere Heilverfahren kaum von Bedeutung.

Auch die ersten vier Monate des Jahres 1895 ergaben bereits wiederum weitere Fortschritte, was nur dem überaus segensreichen Wirken der Unfallstationen zugeschrieben werden kann. Denn in diesem Jahre wurden alle dazu geeignet erscheinenden Verletzten aus dem Bezirk der ganzen Sektion den Unfallstationen zur weiteren klinischen Behandlung überwiesen, was im vorigen Jahr nur für einen gewissen Zeitraum möglich war und auch nicht in vollem Umfang durchgeführt wurde."

c) Die Schwerverletztenfürsorge in Westdeutschland.

Während sich in Berlin vor allem die bgl. Fürsorge für die minder schweren Unfallverletzungen auf dem Wege über den Vertrauensarzt und die Schaffung eigener Ambulatorien entwickelt hatte, trat in Westdeutschland mehr die spezielle Sorge für die schweren Verletzungen in den Vordergrund der bgl. Praxis.

Auch hier hatten sich einzelne Sektionen schon seit 1892 einen Einfluß auf von ihnen benutzte Krankenhäuser verschafft, indem sie sich finanziell und dadurch mitbestimmend an deren Ausbau beteiligten. Sie sicherten sich aber nicht nur die Dienste erfahrener Ärzte auf diese Weise, sondern bereits 1907 z. B. vervollständigte eine rheinische Sektion [30]) ihre Praxis auf dem Gebiet der Heilfürsorge, indem sie mit einer Anzahl größerer Kkn eine Vereinbarung traf, wonach die Kassen sich — bei Übernahme der gesamten Kosten des Heilverfahrens auf die Bg — verpflichteten, in allen schweren Verletzungsfällen (Knochenbrüchen, Infektionen usw.) die Unfallverletzten unmittelbar nach dem Unfall in die von der Bg bestimmten, fachärztlich geleiteten Heilanstalten zu verbringen.

Als dann im Jahre 1909 die „Freie Vereinigung im Rheinland tätiger berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen" zustandekam (auf Anregung des damaligen Präsidenten Dr. Dr. Kaufmann), geschah dies in der Absicht, dem bgl. Heilverfahren zu der ihm zukommenden Verbreitung in der Praxis zu verhelfen. In der Form von Grundsätzen — der „Grundsätze für die Regelung des Heilverfahrens innerhalb der Wartezeit" —

[30]) Vgl. Lohmar: Unfallheilverfahren, in der Denkschrift, a. a. O., S. 95.

übernahm diese erste örtliche bgl. Vereinigung die wesentlichen Punkte jener vorausgegangenen Vereinbarung mit den Kkn.

Die Verpflichtung der Kkn, schwerere Unfälle, die vermutlich eine längere Behandlung erforderten, erst nach Ablauf der vierten Woche der Bg anzuzeigen, wurde von bgl. Seite naturgemäß als ein grober Mangel in ihrer Heilfürsorge empfunden. Aus dem Bestreben, dem abzuhelfen, rührt die Vereinbarung, alle schweren Verletzungen sofort automatisch dem bgl. Heilverfahren zuzuführen. Den der Vereinigung angehörenden Verwaltungen wurde deshalb empfohlen, auf der Grundlage der von der Vereinigung aufgestellten Grundsätze mit den Kkn förmliche Verträge zur Regelung des Heilverfahrens innerhalb der Wartezeit abzuschließen. In Verletzungsfällen bestimmter Art sollten die Unfallverletzten regelmäßig und unverzüglich in die der Kk von der Sektion zu bezeichnende, zur Behandlung von Unfallverletzten besonders eingerichtete, Heilanstalt überwiesen werden.

Dieses Verfahren erwies sich in der Praxis als durchaus dazu geeignet, bei schweren Verletzungen das zweckmäßigste Heilverfahren unmittelbar herbeizuführen. In zuverlässiger Weise sicherte es damit den bestmöglichen Erfolg und wurde so das Vorbild des späteren „Verletzungsartenverfahrens".

d) Die Vereinigungen und das Frühheilverfahren.

Dem Wirken der Vereinigung ist es zu verdanken, daß aus der sehr unterschiedlichen, zum Teil sogar ganz fehlenden Beteiligung allmählich eine allgemeine Beteiligung am Frühheilverfahren entstand — allerdings zwar immer noch verschiedenen Ausmaßes, aber wenigstens doch unter einheitlichen Gesichtspunkten. Ein gemeinschaftliches und gleichmäßiges Vorgehen beim Heilverfahren zu bewirken, dazu waren die örtlichen Vereinigungen der Bgen allein geeignet und imstande. Auf deren erste Gründung im Rheinland folgten bald weitere; so entstanden nacheinander die Westfälische, die Nordwestdeutsche, die Südwestdeutsche und in längerem zeitlichen Abstande die anderen Vereinigungen, alle Bahnbrecher des bgl. Heilverfahrens in der Praxis.

Bis dahin blieb jedoch die praktische Durchführung der frühzeitigen bgl. Heilfürsorge im allgemeinen weit zurück hinter den Fortschritten einzelner Bgen auf diesem Gebiet oder den Forderungen, wie sie stets auch von ärztlicher Seite laut wurden. Es fehlte nicht nur auf seiten der Bgen an ausreichender Erfahrung, in welchen Fällen und zu welchem Zeitpunkt sich die Übernahme eines Heilverfahrens empfahl; auch war die ganze Behandlungsmethode der Unfallverletzungen binnen kurzer Zeit so sehr zu einem Spezialgebiet geworden, und zwar von solchem Umfang, daß ein Arzt allein es kaum noch nach allen Richtungen beherrschen konnte. Schon aus diesem Grunde machte manche bgl. Verwaltung, vor allem wenn sie der Meinung war, die Krankenpflege der Kk ließe sich auch auf ihre Veranlassung in Ziel und Methode nicht verbessern, nur in seltenen Fällen Gebrauch von der Möglichkeit, das Heilverfahren schon frühzeitig oder gleich bei Beginn der Behandlung zu übernehmen, wenn die Verletzung ein besonderes Verfahren erforderlich machte.

Immer wieder wurde so die Einrichtung der gesetzlichen Wartezeit zum Stein des Anstoßes. Als das RVA 1907 eine diesbezügliche Umfrage veranstaltete, um einen Überblick über die mit dem bgl. Frühheilverfahren gemachten Erfahrungen zu erlangen, standen die gehörten Ärzte einem Heilverfahren durch die Bgen innerhalb der Wartezeit ausnahmslos günstig gegenüber.

In diesem Sinne befürwortete ein in Unfallsachen sehr erfahrener Arzt und Leiter einer Heilanstalt für Unfallverletzte die Abkürzung der Wartezeit auf höchstens sechs Wochen [31]).

Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Thiem beschäftigte sich in der 2. Auflage seines bekannten Handbuches der Unfallerkrankungen von 1909 besonders ausführlich mit der Zweiteilung des Heilverfahrens, indem er die nachteiligen Wirkungen herausstellte, die die Wartezeit für Verletzte und Bgen mit sich brächte. Er verurteilte es, daß das bgl. Heilverfahren erst zu einem Zeitpunkte einsetze, wo es schon zu spät käme, und wies dabei auf die dementsprechende, verständliche Einstellung der Verletzten hin, welche die ihnen nun erst zuteilwerdende intensive Heilbehandlung nicht als eine zu ihrer Gesundung bestimmte Wohltat empfänden, sondern als die Absicht der Bg, die dieser jetzt auferlegte Rentenlast möglichst zu verringern.

„Die Erfolge dieser zu spät einsetzenden Behandlung sind denn auch teils, weil manches überhaupt nicht mehr gutzumachen ist, teils infolge der mangelhaften oder fehlenden Mithilfe der Verletzten bei den Heilbestrebungen oder auch des gar nicht selten auftretenden Widerstandes derselben häufig recht mäßige, sodaß der Gewinn tatsächlich nicht zu den verursachten Kosten im richtigen Verhältnis steht." [32])

Zum Teil auch aus derartigen schlechten Erfahrungen erklärt sich die Abneigung zahlreicher bgl. Verwaltungen gegen die Einleitung von besonderen Heilverfahren. So forderte denn vor allem Thiem die vollständige Beseitigung der Wartezeit; bekannt wurde sein mahnendes „ceterum censeo tempus carendi esse delendum"; die Karenz- oder Wartezeit, die eine wirkliche „Entbehrungszeit" sei, sei abzuschaffen. Und nachhaltig trat er für die gesetzliche Übertragung der Pflicht zur alsbaldigen Heilbehandlung an die Bgen ein.

Die bloße Erlaubnis zur Frühübernahme des Heilverfahrens, wie sie der § 76 c erteilte, konnte nicht fruchten. Denn bei jeder Einführung von Neuerungen gilt es, immer ein gewisses Mißtrauen (oder zumindest einen gewissen Widerstand) zu überwinden, das teils in der Gewohnheit, teils in der Unkenntnis des Neuen und in den Mißerfolgen anfänglich unvollkommen oder falsch ausgeführter Versuche seine Ursache findet.

Daß so auch das bgl. Frühheilverfahren nicht ohne weiteres bei allen Bgen — wie erwartet — Anklang fand, da zunächst die notwendige Bereitschaft fehlte, zeigen deutlich die Zahlen der Statistik, die in den „Amtlichen Nachrichten" veröffentlicht sind.

---

[31]) Klein, G. A.: Die wichtigsten Aufgaben der Unfallversicherungsträger für die erste Behandlung der Verletzten, in den „Veröffentlichungen des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft" 1909, Heft 17, S. 13.

[32]) Thiem: Hdb. der Unfallerkrankungen, Bd. 1, S. 23.

Als die Befugnis zum Eingreifen in das Heilverfahren noch nicht ausdrücklich im Gesetz verankert war, machte nur ein Teil der gewerblichen Bgen Aufwendungen für eine frühzeitige Heilfürsorge. Es waren daran beteiligt [33]):

1887	16	Bgen	mit	7 902 Mark
1888	19	„	„	5 039 „
1889	27	„	„	7 576 „
1890	28	„	„	13 955 „
1891	26	„	„	24 615 „
1892	29	„	„	31 489 „

Mit dem Jahre 1893 vollzog sich ein rascher Wandel, da zu Beginn dieses Jahres der § 76 c der Krankenversicherungsnovelle die gesetzliche Befugnis zur Übernahme des Heilverfahrens in den geeigneten Fällen zu jedem der Bg angemessen erscheinenden Zeitpunkt gebracht hatte; die zahlenmäßige Beteiligung der Bgen stieg nahezu auf das Anderthalbfache: 1893 waren es 41 Bgen mit 82 631 Mark.

Die weiteren Jahre brachten dann folgende Entwicklung:

Jahr	beteiligte Bgen	Aufwendungsbeträge [34])	unbeteil. Bgen
1894	50	184 721 Mk	14
1895	51	284 854 „	13
1896	53	419 890 „	11
1897	55	522 530 „	10
1898	56	513 452 „	9
1899	58	466 940 „	7
1900	56	553 417 „	9
1901	59	585 311 „	6
1902	55	511 420 „	11
1903	57	525 725 „	9
1904	60	502 343 „	6
1905	60	546 793 „	6
1906	57	579 495 „	9
1907	57	600 682 „	9
1908	58	615 115 „	8
1909	58	668 076 „	8
1910	63	801 181 „	3

Seit den Bgen die gesetzliche Möglichkeit zu vorgreifender Beteiligung am Heilverfahren gegeben war, zeigte sich im allgemeinen eine zunehmende Bereitwilligkeit, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen.

[33]) A. N., Tab. 1, Spalte 31 der Rechnungsergebnisse: Ausgaben, die auf die Minderung der Unfallast abzielten, einschließlich Prämien zur Rettung Verunglückter. Die Aufwendungsbeträge sind auf- oder abgerundet.

[34]) Bis 1902: einschließlich Prämien zur Rettung Verunglückter und andere auf die Minderung der Unfallast abzielende Ausgaben, A. N., Tab. 1, Spalte 31 der Rechnungsergebnisse. Ab 1903: nur Kosten nach § 76c Krankenversicherungsgesetz (Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit), A.N., Tab. 2, Spalte 21 der Ausgaben. — Die Beträge sind auf- oder abgerundet.

Daß die Ausgabensumme vorübergehend zurückging, mag daran gelegen haben, daß man auf Grund der gesammelten Erfahrungen — ebenso wie anfangs nach 1887 — zu etwas größerer Vorsicht in der Auswahl der in eigene Behandlung zu übernehmenden Fälle überging [35]).

Die Zahlen der übernommenen Fälle, ihrer Behandlung im einzelnen und die Ergebnisse zeigt folgende Aufstellung [36]):

Jahr	gemeldete Unfälle	Übernommene Fälle Anzahl	% der gem. Unf.	Anstalts-pflege	% der übernomm. Fälle
1896	233 319	8 442	3,62	3 481	41,23
1900	310 105	9 220	2,97	3 551	38,51
1904	392 658	8 568	2,18	3 098	36,16
1905	414 445	8 956	2,16	3 209	35,83
1906	449 903	8 835	1,96	3 408	38,57
1907	465 224	8 759	1,88	3 789	43,26
1908	461 091	9 530	2,07	4 038	42,37
1909	465 760	11 192	2,10	4 133	36,93
1910	484 097	12 709	2,63	5 318	41,84
1911	520 229	13 129	2,51	5 831	44,41
1	2	3	4	5	6

(Fortsetzung.)

Jahr	Ambulante Behand-lung in %	Ergebnis der Behandlung [37]) günstig	%	ungünstig in %	Kosten je Fall in Mk. [38])
1896	58,77	6 977	82,65	8,09	50,25
1900	61,49	8 264	89,63	10,37	58,95
1904	63,84	7 693	89,79	10,08	57,75
1905	64,17	8 140	90,89	9,08	61,20
1906	61,43	8 077	91,42	8,51	63,01
1907	56,74	8 036	91,75	8,18	64,56
1908	57,63	8 849	92,86	7,14	63,43
1909	63,07	10 529	94,00	6,00	57,53
1910	58,16	11 926	93,84	6,16	61,29
1911	55,59	12 397	94,42	5,58	66,87
1	7	8	9	10	11

[35]) Markus: Unfallverhütung und Heilverfahren im Bilde der Zahlen, Bg 1912, S. 134.

[36]) Aufgrund der Veröffentlichungen in den Amtl. Nachr. des RVA: 1908, S. 256/257 u. 1913, S. 273 (die Übernahme des Heilverfahrens durch die Bgen während der gesetzlichen Wartezeit gemäß § 76 c des Krankenversicherungsgesetzes).

[37]) Eine genaue Abgrenzung des Begriffsinhalts von „günstig" und „ungünstig" ist in der Statistik nicht enthalten.

[38]) Kosten der Fürsorge innerhalb der gesetzlichen Wartezeit auf einen übernommenen Fall.

Zwar führt die Statistik deutlich die glänzenden Erfolge vor Augen, die mit dem bgl. Frühheilverfahren gemacht wurden: Im Jahre 1896 führte die Behandlung in 82,65% zu einem günstigen Ergebnis, 1907 waren es schon 91,73%. In der Zwischenzeit besserte sich dies Verhältnis stetig ohne einen einzigen Rückschlag. Der Erfolg ist ebenso auf die vermehrte rechtzeitige Übernahme wie auf den Ausbau der speziellen Behandlungsmethoden und die Erhöhung der Aufwendungen, welche auf das einzelne Frühheilverfahren entfielen (sie wuchsen von 50,25 Mk. in 1896 auf 66,87 Mk. in 1911), zurückzuführen.

Dennoch hielt aber die Ausbreitung des bgl. Heilverfahrens zahlenmäßig nicht einmal mit der Entwicklung der Unfallziffern Schritt. Die Zahl der in ein bgl. Heilverfahren übernommenen Fälle stieg wohl — abgesehen vom Jahre 1900 — stetig; aber das Verhältnis zu den ebenfalls steigenden Zahlen der gemeldeten Unfälle wurde doch dauernd ungünstiger. 1896 — also im vierten Jahre nach Inkrafttreten der Krankenversicherungsnovelle — wurden von den gemeldeten Verletzungsfällen 3,62% durch die Bgen übernommen; 1907 waren es nur noch 1,88%.

Dann setzt die Wende ein. Anstoß dazu gab wohl auch die im Jahre 1907 stattgefundene Umfrage des Reichsversicherungsamts über die Praxis des Frühheilverfahrens. 1908 wurden 2,07%, 1910: 2,63% der gemeldeten Verletzungen in ein Heilverfahren der Bgen übernommen. Jetzt setzte ja auch mehr und mehr die intensive Tätigkeit der Vereinigungen auf diesem Gebiet ein: sie nahmen allmählich Fühlung mit den Kkn auf und festigten die Beziehungen, um so zu einem besseren Zusammenarbeiten zu gelangen. Denn gerade darin hatte bei sehr vielen Bgen und Sektionen bisher die nötige Praxis gefehlt und Unsicherheit geherrscht — auch eine Ursache ihres Zögerns, sich mit einem eigenen, besonderen Heilverfahren an die Seite der Kkn zu stellen.

c) Der Verband und das Krankenkassenabkommen vom 1. November 1913.

Auf die Heilverfahrenspraxis übte der Verband der deutschen Bgen anfangs geringen Einfluß aus, wenn zwar auf den Bg-Tagen, die fast regelmäßig jährlich abgehalten wurden, auch er sich mit den Fragen des Heilverfahrens beschäftigte. So empfahl er schon im Jahre 1907 in einer Antwort auf lautgewordene Reformforderungen, zwecks Beseitigung von Mängeln im Heilverfahren mit den Kkn und den Ärztevereinigungen Vereinbarungen zu treffen.

Praktisch beschritt der Verband diesen Weg selbst, als es aufgrund neuer Bestimmungen der RVO von 1911 über die Regelung der Ersatzfälle und des Umfangs der Ersatzleistungen zwischen den Trägern der Kranken- und der Unfallversicherung zu Differenzen kam und die Kkn die für sie in bestimmten Fällen vorgesehenen Ersatzleistungen als zu hoch bekämpften. Die daraufhin vom Verband aufgenommenen Verhandlungen ergaben schließlich das erste Krankenkassenabkommen, das am 1. Nov. 1913 zwischen dem Verband der deutschen Bgen und den Spitzenverbänden der Kkn geschlossen wurde [39]).

[39]) Abkommen zwischen dem Verbande der deutschen Bgen und den Spitzenverbänden der Kkn, abgedruckt in den Amtl. Nachr. v. 15. Nov. 1913.

Das Abkommen sollte dazu dienen — wie in der Einführung dargelegt ist —, „die Heilbehandlung der Unfallverletzten möglichst wirksam zu gestalten, die Übernahme des Heilverfahrens durch die Bgen innerhalb der Wartezeit in den hierfür geeigneten Fällen zu fördern und ein erfolgreiches Zusammenarbeiten von Bgen und Kkn auf diesem Gebiete sicherzustellen".

Vorangestellt ist der Hinweis auf die Leitsätze des RVA, die für die Auswahl der in eigene Behandlung zu übernehmenden Fälle und für das dabei zu beobachtende Verfahren zwar maßgebend sein sollen; jedoch sollen örtliche und sonstige besondere Umstände dabei Berücksichtigung finden. Dann werden die gegenseitigen Ersatzpflichten geregelt. Es werden Prämien für die der Bg dienliche schnelle Mitarbeit der Kkn in besonderen Fällen festgesetzt, und schließlich finden die Ersatzleistungen bei Mehraufwand seitens der Kkn ihre Regelung.

Mit diesem Abkommen fand eine Entwicklung ihren Abschluß, die erfüllt ist von den vielseitigsten Bestrebungen, auf jede mögliche Weise den Unfallverletzten eine Heilfürsorge angedeihen zu lassen, die, gestützt auf das Interesse und die Leistungsfähigkeit der Bgen, jederzeit den neuesten Errungenschaften der Wissenschaft und der ärztlichen Heilkunst entspricht.

Über die Bedeutung und Tragweite der umfassenden Heilfürsorge durch die Träger der Unfallversicherung äußerte sich am 1. Okt. 1910 bei der offiziellen Feier des 25-jährigen Bestehens der Unfall- und Invalidenversicherung der schon genannte damalige Präsident des RVA, Dr. Dr. Kaufmann; u. a. führte er aus [40]):

„In den mustergültigen Krankenhäusern der Bgen und in den von ihnen benutzten, meist ausgezeichneten privaten Anstalten ist den Arbeitern eine Heilbehandlung kostenlos zuteilgeworden, welche den Anforderungen der neuesten Errungenschaften der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung entspricht. Für die wohlhabenden Klassen hätte sie in den teuersten Anstalten nicht besser gewährt werden können."

Auch hier lohnt ein Vergleich des Heute mit dem Ehemals. Ein ausgezeichneter Vertreter der Unfallheilkunde, Professor Dr. Rieder, hat sich darüber geäußert:

„Von den großen Geldsummen, die jetzt angewendet werden können, um den verunglückten Arbeiter wieder gesund zu machen, war früher nicht die Rede und konnte nicht die Rede sein. Dauer und Kostspieligkeit sind heute in der Behandlung der Verletzten ohne ausschlaggebende Bedeutung. Das Beste ist jetzt für ihre Wiederherstellung gut genug. Die Unfallversicherung hat hierdurch der ärztlichen Tätigkeit einen gegen früher wesentlich veränderten und verbesserten, ganz neuen Boden geschaffen. Das ist vielleicht das Wertvollste, was unserem Volke in und durch die Unfallversicherung geschenkt worden ist."

---

[40]) Denkschr. des Verb. d. dt. gewerbl. Bgen, 1935, a. a. O., S. 98.

B. Zweiter Abschnitt:

Die berufsgenossenschaftliche Heilfürsorge unter dem Einfluß des Krieges.

1. Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren.

a) Fördernde und hemmende Kräfte bei der Ausdehnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens.

Nach dieser Periode bewegter und grundsätzlicher Entwicklung, die in der Aufstellung der Leitsätze des RVA und in dem Kkn-Abkommen des Verbandes gipfelte, setzte der zweite Abschnitt in der Entwicklung des Unfallheilverfahrens ein. Waren jene Abkommen und Leitsätze in erster Linie zwar aufgrund der Arbeit und der Erfahrungen einiger weniger Bgen zustandegekommen, so galt es jetzt, das bgl. Frühheilverfahren weiter auszubauen und, ohne daß gesetzlicher Zwang dahinterstand, für seine ausgedehnte Anwendung zu sorgen.

In mehrfacher Hinsicht war den Bgen jetzt ja eine Beteiligung am Frühheilverfahren erleichtert worden.

Wiederholt hatte das RVA durch Rundschreiben auf die Bedeutung und die vorteilhaften Ergebnisse eines bgl. Frühheilverfahrens aufmerksam gemacht. Es unterließ auch nicht, bei der Empfehlung, das Frühheilverfahren in weitestem Umfang anzuwenden, auf die Statistik hinzuweisen.

Die Leitsätze zeigten mit ihren ins einzelne gehenden Richtlinien den Weg, wie die Bgen am zweckmäßigsten durch ihr Eingreifen das Heilverfahren fördern sollten.

Viele Bgen oder Sektionen zögerten trotzdem in jener Zeit noch immer mit ihrer stetigen Beteiligung am Frühheilverfahren. Denn bis dahin bestand bei ihnen die Befürchtung, durch die hervorragenden Erfolge auf dem Gebiet des Heilverfahrens, das Bgen auf eigene Kosten durchgeführt hatten, könnten sie den Anschein erwecken, als wären in jedem Falle gegenüber den Kkn sie eher in der Lage, ein einwandfreies Heilverfahren durchzuführen, — während sie allerdings höchstens gezeigt hatten, daß sie in den ausgewählten Fällen mit hohen Kosten ein höheres Ziel erreicht hatten. Daher rührte weiter die Befürchtung, sie könnten eines Tages durch Gesetz dazu verpflichtet werden, sowohl in allen Fällen das Heilverfahren stets selbst von Anfang an und auf eigene Kosten durchführen zu müssen, als auch für Krankengelder und Rentenleistungen schon vom Tage des Unfalls an in vollem Umfange aufzukommen. Da derartige Anforderungen einerseits nicht bei allen Unfällen notwendig waren, andererseits auch ihre Leistungsfähigkeit überstiegen haben würden, wehrten sie sich gegen diese Gefahr durch passiven Widerstand.

Als aber die RVO, die am 1. Jan. 1913 in Kraft trat, soweit sie die Unfallversicherung behandelte, die neue Bestimmung brachte, wonach die Kkn zum Kostenersatz an die Bgen für die Dauer des von diesen in der Wartezeit gewährten Heilverfahrens verpflichtet wurden, konnten damit auch die noch zögernden bgl. Verwaltungen zur eifrigeren Beteiligung am Frühheilverfahren gewonnen werden.

Das Kkn-Abkommen zeichnete den einzelnen Bgen den Weg zur Zusammenarbeit mit den Kkn vor und erleichterte ihnen damit die Aufgabe, in den geeigneten Fällen die Unfallverletzten teils sofort in fachärztliche bgl. Behandlung zu nehmen, teils sie aus der Behandlung durch die Kassenärzte in die Behandlung der von den Bgen selbst bestimmten Fachärzte zu überführen, solange dies noch nützlich und erstrebenswert war.

Die örtlichen Vereinigungen bgl. Verwaltungen, deren größere Anzahl allerdings erst nach dem Kriege geschaffen wurde, sorgten unter Mithilfe des Verbandes und mit Unterstützung des RVA dann dafür, daß die Bgen von den ihnen nunmehr zu Gebote stehenden rechtlichen und praktischen Möglichkeiten: — durch wirksamere Gestaltung des Heilverfahrens bei den schweren und bei minder schweren Verletzungen das denkbar günstigste Heilresultat zu erzielen — immer stärker Gebrauch machten. In gleicher Weise bei der Rheinischen wie auch bei der Westfälischen Vereinigung kam es sogar zu Sondervereinbarungen — in der Form eines Zusatzabkommens —, wodurch die Wirksamkeit des Krankenkassenabkommens für das Frühheilverfahren noch erhöht werden sollte. Zur Erzielung allein fruchtender bereitwilliger Mitarbeit kamen hierin die Bgen den Kkn in besonderer Weise entgegen. Dieses gesamte Zusatzabkommen ließ eine die verschiedenartigen ärztlichen und sonstigen Verhältnisse berücksichtigende, jeden Schematismus vermeidende Regelung von Fall zu Fall zu und wurde damit wiederholt erhobenen Forderungen aus den Reihen der Kassenärzte gerecht [41]).

Eine gewisse Unterbrechung der Entwicklung verursachte der Weltkrieg. Vorwiegend infolge sachlicher Schwierigkeiten hemmten die vier Kriegsjahre die Verwirklichung weiterer auf unmittelbare Verbesserung der Heilverfahrenspraxis gerichteter Bestrebungen. Vielfach wurden bgl. eigene Einrichtungen, die bis dahin der frühzeitigen und gründlichen Behandlung der Unfallverletzten gedient hatten, nun in den Dienst der Heil- und Berufsfürsorge für die Kriegsbeschädigten gestellt. So berichtet die Nordöstliche Eisen- u. Stahl-Bg: „Gleich zu Beginn des Weltkrieges wurde dem Ambulatorium ein Lazarett mit 60 Betten angegliedert und dieses der Heeresverwaltung zur Verfügung gestellt; ebenso wurden auch die gesamten Einrichtungen des Ambulatoriums für die Behandlung der Kriegsverletzten nutzbar gemacht." [42]).

b) Heilverfahren und Reformforderungen während des Krieges.

Eben aufgrund solcher Beschränkungen wandte sich das Interesse mehr der bisherigen Wirksamkeit der Unfallversicherung überhaupt zu. Aus den Untersuchungen über Segen und Unsegen der Unfallversicherung erwuchsen während des Krieges wiederum die alten, mit ihnen aber auch neue Forderungen, die größtenteils in irgendeiner Weise das Heilverfah-

[41]) Lohmar, Vertragliche Regelungen der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gemäß §§ 1503, 1501, 1513 der RVO, Bg 1914, S. 87.

[42]) 50 Jahre Nordöstliche Eisen- u. Stahlberufsgenossenschaft, 1885—1935, S. 6.

ren betrafen. Besonders Lohmar, Syndikus der Rhein.-Westf. Vereinigung bgl. Verwaltungen, beschäftigte sich eingehend mit den Fragen aus der Unfallheilkunde und dem Heilverfahren und wirkte durch Wort und Tat unermüdlich für die Förderung des bgl. Unfallheilverfahrens. Diese Themen wurden vielfach in dem Organ der Unfallversicherungsträger, „Die Berufsgenossenschaft", behandelt. In seinem dort erschienenen Aufsatz: „Schattenseiten der Reichsunfallversicherung" [43]) legte er dar, daß zwar in den Leitsätzen des RVA vom 14. Dez. 1911 mit Recht gefordert würde, bei gewissen Verletzungen das Heilverfahren sofort, bei den übrigen in Betracht kommenden Verletzungsfällen möglichst binnen zehn Tagen nach dem Unfalle zu übernehmen. Aber — „das ist bei Übernahme des Heilverfahrens von Fall zu Fall gar nicht möglich, vielmehr nur auf dem Wege einer allgemeinen, für bestimmte Verletzungsarten getroffenen Vereinbarung zwischen dem Träger der Unfallversicherung und der beteiligten Kk zu erreichen". Derartige Vereinbarungen waren zwar von der Reichstagskommission für die RVO als jederzeit gesetzlich zulässig anerkannt worden. Dennoch war der herrschende Zustand unbefriedigend, ‚da das Zustandekommen einer allgemeinen Vereinbarung über die Übernahme des Heilverfahrens von dem guten Willen der Kk abhängt". Wie sonstige unsachliche Erwägungen darf dem aber „selbst das Interesse der Kk nicht entgegenstehen, denn dieses Interesse erscheint ganz untergeordnet schon wegen der zeitlichen Begrenzung der Kkn-Leistungen im Vergleich zu dem Interesse des Unfallversicherungsträgers, das übrigens mit dem wohlverstandenen Interesse des Verletzten völlig übereinstimmt (möglichste Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit). Es sollte daher die allgemeine Übernahme des Heilverfahrens in der Wartezeit durch den Unfallversicherungsträger in den von ihm näher zu bestimmenden Verletzungsarten nicht nur auf dem Wege der Vereinbarung mit der Kk, sondern durch einfache Erklärung des Unfallversicherungsträgers gegenüber der Kk zulässig sein."

Derartige Forderungen lassen erkennen, wie das bgl. Heilverfahren, vor allem die frühzeitige Übernahme, in der Praxis tatsächlich größeren Schwierigkeiten begegnete — zumal infolge der Behinderung durch den Krieg —, als man beim Reichsversicherungsamt erwartet hatte.

Über die Entwicklung und Intensität bgl. Heilfürsorge während des Krieges und der ersten Nachkriegszeit gibt folgende Tabelle einigen Aufschluß.

[43]) Bg Nr. 16, vom 31. Aug. 1916.

Die Übernahme des Heilverfahrens durch die gewerblichen Bgen während der gesetzlichen Wartezeit gemäß § 1513 der Reichsversicherungsordnung [44]).

Jahr	Gemeldete Fälle	Steigerung auf 100	Übernommene Fälle	Steigerung auf 100	Erstmals entschäd. Fälle	Steigerung auf 100
1913	581 211	—	16 972	—	74 978	—
1914	514 975	—	15 617	—	66 580	—
1915	427 994	—	11 666	—	50 119	—
1916	439 485	2,68	11 019	—	55 538	10,81
1917	504 704	14,84	10 911	—	60 897	9,65
1918	490 743	—	9 918	—	63 184	3,76
1919	409 695	—	8 331	—	59 625	—
1920	433 049	5,70	9 358	12,33	53 476	—
1921	496 749	14,71	14 314	52,96	56 069	4,85
1	2	3	4	5	6	7

In den Jahren vor dem Kriege hatten schon zahlreiche Bgen. durch das RVA angeregt, von den Möglichkeiten, ein Frühheilverfahren zu gewähren, auch eifrigen Gebrauch gemacht. Von 1913—1915 nimmt nun nicht nur die Anzahl der Unfälle, sondern in noch stärkerem Verhältnis die der übernommenen Fälle ab, welch letztere sich trotz vorübergehend wieder ansteigender Unfallziffern (1916 und 1917) bis 1919 stetig weiter verringert.

Deutlich erkennbar wird der Nachteil, den die Verringerung bgl. Frühheilverfahren hervorrief: Im Jahre 1916 vermehrte sich die Zahl der Unfälle um 2,6%, die Übernahmefälle verminderten sich dagegen um etwa 5,55%; die Fälle erstmaliger Entschädigung aber nahmen um 10,81% zu.

Es ist nicht zu verkennen, daß für diese den wahren Interessen der Bgen ganz entgegengesetzte Entwicklung zum Teil der Mangel an ärztlichen Sachverständigen sowie an Arbeitskräften bei den Bgen und den sonstigen beteiligten Stellen und die dadurch bedingte Verzögerung bei Aufklärung der einzelnen Unfälle verantwortlich zu machen war. Andernteils lagen die Gründe aber auch in falscher Sparsamkeit seitens der Bgen und ferner in häufig auftauchenden Grenzstreitigkeiten beim Zusammenarbeiten der einzelnen Sozialversicherungsträger.

Gerade diese mannigfaltigen Gründe für den Rückgang des bgl. Heilverfahrens gaben die Veranlassung, daß der Berufsgenossenschaftstag von 1920 sich wieder eingehender mit der Heilfürsorge beschäftigte und nach einem Vortrag von Lohmar über „Neuzeitliche Fragen des Heilverfahrens und der Heilfürsorge" nachfolgende Entschließung faßte [45]): „Der Berufsgenossenschaftstag weist die Bgen erneut auf die Wichtigkeit der Übernahme des Heilverfahrens nach der 13. Woche und der Frühübernahme in allen geeigneten Fällen hin und empfiehlt überall da, wo ein Bedürfnis vorliegt und die Möglichkeit gegeben ist, den Abschluß genereller

[44]) Amtliche Nachrichten 1923, S. 89, Tab. 11.
[45]) „50 Jahre Unfallversicherung", a. a. O., S. 99.

Abkommen mit Kkn oder Kkn-Verbänden zur Sicherstellung der Frühübernahme, geeignetenfalls unter Beteiligung der örtlichen bgl. Vereinigung oder der neuen Arbeitsgemeinschaften der Reichsversicherungsträger."

Seit diesem Jahr — 1920 — weist die Statistik nun wieder auf eine Besserung der Verhältnisse hin: Die Unfälle mehrten sich um 5,7% (1921: 14,71%), die übernommenen Fälle hingegen schon um 12,33% (1921: 52,96%), während die Zahl der erstmals entschädigten Fälle sogar weiter sank um 10,14% (1921 stieg sie wieder, allerdings unter Verhältnis infolge starker Vermehrung der Unfälle um 4,85%).

c) Sicherung der ärztlichen Mitarbeit und ihre Bedeutung.

Mitverantwortlich und Hauptwegbereiter für den neuerlichen Aufschwung des Unfallheilverfahrens nach dem Kriege war der 1921 hauptamtlich bestellte erste Syndikus des Verbandes, später geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Dr. G. Roewer. Mit allen Kräften setzte er sich für die Förderung des Unfallheilverfahrens ein. So glückte es denn endlich, auch mit den Ärzten zu einer vertraglichen Regelung des gegenseitigen Verhältnisses, der Leistungen und Gegenleistungen zu kommen.

Schon vor dem Kriege — seit 1913 — hatten Ärztefragen den Verband in starkem Maße beschäftigt, sei es bezüglich der Unterscheidung von Fachärzten und praktischen Ärzten und der Heranziehung beider oder betreffs der an sie gestellten Anforderungen und der Honorierung. Indessen war es nicht zu einem positiven, allgemeinen Ergebnis gekommen, da die beiderseitigen Standpunkte, vor allem durch die Haltung der Kassenärzte, nur zur Polemik führten und auf diese Weise sich kein Weg zu praktischer Verständigung eröffnete.

Nach langwierigen, schwierigen Verhandlungen konnte zwischen dem Verbande der deutschen Bgen und dem deutschen Ärztevereinsbunde vom 24. 10. 1921 das erste „Reichsärzteabkommen" abgeschlossen werden [46]). Damit war es gelungen, die letzte Lücke in der Organisation aller beteiligten Stellen zu ersprießlicher Zusammenarbeit zu schließen.

Von jeher hatte das Reichsversicherungsamt den Standpunkt vertreten, daß zur Durchführung der Sozialversicherung die Mitwirkung der Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit unentbehrlich sei; in den Abkommen zwischen den zentralen oder provinzialen genossenschaftlichen und den Kassenverbänden zeigte sich daher auch das Bestreben, das berechtigte Interesse des erstbehandelnden Arztes durch genaue Bestimmungen für die Voraussetzungen und Handhabung der Übernahme des Heilverfahrens im Sinne der vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Leitsätze zu schützen [47]). Dennoch hatten sich auf dem Wege genereller Übernahme des Heilverfahrens durch die Bgen unter Mitwirkung des Kassenarztes

[46]) Bekanntgemacht durch Rundschreiben Nr. 323 vom 17. 11. 1921 (Bg 1921, S. 180).

[47]) Vgl. Erklärung des Präsidenten Dr. Dr. Kaufmann, auf dem 32. ordentl. Berufsgenossenschaftstag in Regensburg am 10. 9. 1921 (Bg 1921, S. 136).

die Gegensätze zwischen Versicherungsträgern und Ärzten offenbar nicht ausgleichen lassen. Abhilfe schuf hier erst das Reichsärzteabkommen vom Jahre 1921. Zum erstenmal seit Bestehen der Bgen wurden damit die gesamten Beziehungen zwischen Bgen und Ärzten vertraglich geregelt, — ein bedeutender Fortschritt in der Entwicklung des Unfallheilverfahrens.

Der erste Abschnitt des Abkommens behandelte das Heilverfahren. Seine Bestimmungen verfolgten den Zweck, die bereitwillige und geordnete Mitwirkung der Ärzte bei der Frühübernahme des Heilverfahrens durch die Bgen sicherzustellen. Das betraf sowohl die Einzelübernahme wie auch die künftighin anzustrebende generelle Übernahme des Heilverfahrens (gemäß mit den Kkn abzuschließenden Abkommen).

Der nächste Abschnitt sollte die Erstattung aller Berichte, Zeugnisse und Gutachten gewährleisten, auf welche die Bg zur Durchführung ihrer Aufgaben angewiesen ist. Besonderer Wert war auf die pünktliche Erstattung der Berichte und Gutachten gelegt.

Weiter wurde das Gebührenwesen geregelt und das Verfahren bei Streitigkeiten.

Der letzte Abschnitt bestimmte, was nicht unwichtig ist, die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Bgen, die zunächst zentral gedacht war, sich später aber zu örtlichen Arbeitsgemeinschaften erweitern sollte.

Mit diesem Abkommen, das viel dazu beitrug, die Beziehungen zwischen Bgen und Ärzten — zum Vorteil für die den Bgen anvertrauten Unfallverletzten — wieder zu bessern, wurde die Organisation bgl. Heilfürsorge, was das Heilverfahren anbelangt, weiter vervollkommnet. Dafür ist denn auch ohne wesentliche Bedeutung, daß das Abkommen im Laufe der Jahre zeitweilig außer Kraft gewesen ist (zunächst nur hinsichtlich der Gebührenbestimmungen auf wenige Monate zu Anfang des Jahres 1924 — später längere Zeit infolge von Meinungsverschiedenheiten über das Durchgangsarztverfahren).

„Trotz aller im einzelnen zu überwindenden Schwierigkeiten hat sich das Ärzteabkommen als ein gar nicht zu entbehrendes Mittel zur Ermöglichung eines immer vollkommeneren Unfallheilverfahrens erwiesen.“ [48])

Ebenso ist auch das Kkn-Abkommen, das immer nur kurzfristig geschlossen worden war, wiederholt außer Kraft gewesen, aber jedesmal — meist nach Anpassung an veränderte Rechtsverhältnisse — wieder zustandegekommen. Diese Vereinbarungen der Bgen mit den Kkn und der Ärzteschaft erwiesen sich als unerläßliche Vorbedingungen für ein reibungsloses Zusammenarbeiten der beiden Versicherungsträger. Beide Abkommen in Verbindung miteinander förderten in wirksamer Weise die im Interesse des Verletzten liegende Frühübernahme des Heilverfahrens, indem sie dazu beitrugen, daß — worauf es hierbei wesentlich ankommt — gerade diejenigen Stellen, die zunächst mit dem Verunglückten in Berührung kommen, auch willig mitarbeiteten.

---

[48]) 50 Jahre Unfallversicherung, a. a. O., S. 100.

2. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge als Lehrmeister der Fürsorge für die Unfallverletzten.

Wenn auch der Weltkrieg die organisatorische Entwicklung vier Jahre lang unterbunden hatte, so brachte er andererseits eine derartige Masse von praktischen Erfahrungen, daß er auf diese Weise trotzdem die bgl. Heilfürsorge direkt und indirekt aufs stärkste beeinflußt und zu ihrer Förderung und allseitigen Verbesserung wesentlich beigetragen hat.

Kriegs- und Unfallverletztenfürsorge sind zwei wesensverwandte Gebiete. So hat erstere, als in den Jahren 1914—1918/19 größte Anforderungen an sie gestellt wurden, sich sofort auf die Erfahrungen stützen können, die bisher mit der Behandlung der Unfallverletzungen sowie überhaupt der gesamten Verletztenfürsorge gemacht worden waren. Dieser Weg gegenseitiger Förderung führte aber auch umgekehrt wiederum weiter; denn infolge ihrer ständig vermehrten, außerordentlich vielseitigen Erfahrungen verzeichnete die Kriegsbeschädigtenfürsorge mit der Zeit eine ganze Reihe neuer Errungenschaften, die in der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit über die bisherige Praxis der Bgen hinausführten. Aufgabe der Bgen war es nun, jene Errungenschaften für die ihrem Versicherungsschutz anvertrauten Unfallverletzten nutzbar zu machen und die von der Kriegsbeschädigtenfürsorge geschaffenen Einrichtungen als Vorbild und Hilfe zu verwenden.

a) Betonung der „funktionellen" Heilung.

War bislang das Augenmerk der Ärzte großenteils noch immer auf die anatomische Heilung gerichtet gewesen, so brachten die harten Anforderungen, die der Krieg an die Gesamtheit der Nation wie jeden einzelnen und daher auch auf dem nächsten Wege direkt an die Ärzte stellte, hier den völligen Umschwung; der Krieg verlangte, daß die Volkskraft nicht nur erhalten, sondern allseits nach Möglichkeit vergrößert würde. Bei der Wiederherstellung der Verletzten trat daher mehr und mehr die Rückgewinnung ihrer Tauglichkeit in den Vordergrund des Interesses, während alle anderen Gesichtspunkte demgegenüber zurücktreten mußten. Indem die Heeresverwaltung bei ihrer Kriegsfürsorge sich einer derartigen Praxis bediente, führte sie deutlich vor Augen, welch gewaltige Mengen von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung durch die funktionelle Heilung, — worunter die Erhaltung oder die Wiedergewinnung der Funktion der Körperteile, nötigenfalls sogar ohne Rücksicht auf körperliche Veränderungen oder Entstellungen, zu verstehen ist —, erhalten werden konnten.

Die Kriegsbeschädigtenfürsorge hob auch hervor, welche Bedeutung der Orthopädie zuzumessen war, wie wichtig für die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Gliederersatz und die Vertrautheit mit der Prothese war, ferner welch günstige Ergebnisse durch Einheitlichkeit der Behandlung (also durch Vermeidung ihrer Zweiteilung in eine Vor- und eine andere Nachbehandlung) und durch eine sachgemäße Ausstattung und Einrichtung der Heilanstalten zu erzielen war.

Vor allem aber fügte die Kriegsbeschädigtenfürsorge den Heilmaßnahmen, die die funktionelle Wiederherstellung erstrebten, zwei wich-

tige hinzu: die Arbeit und die körperlichen Übungen! Diese beiden Heilmaßnahmen benutzte sie denn gleichzeitig dazu, den Beschädigten den Übergang zur Arbeit zu erleichtern. Schließlich kam man dazu, über solche Erweiterung der Heilfürsorge hinaus für Schwerbeschädigte in eine besondere Berufsfürsorge einzutreten, die in beruflicher Ausbildung oder Umschulung bzw. Anlernung usw. bestand.

Den Bgen waren solche Maßnahmen zwar nicht völlig neu, aber nur in ganz geringem Umfang und bloß gelegentlich waren sie vorher auch bei ihnen schon zur Anwendung gelangt. Denn bei der großen Mehrzahl — auch der Schwerbeschädigten — hatte sich eine so weitgehende Fürsorge als entbehrlich erwiesen, da die Schwerverletzten bei gutem Willen meist, sei es auch in sog. Invalidenposten, wieder unterkamen. Infolge der durch den Krieg verursachten außerordentlichen Zunahme der Schwerverletzten wurde das mit einem Schlag anders. Jetzt galt es, in jedem Falle die verbliebene Arbeitskraft unter zweckmäßiger Berücksichtigung der vorhandenen Kenntnisse und Erfahrungen nach Möglichkeit zu steigern und an der richtigen Stelle zu verwenden.

b) Die „Arbeitstherapie".

Sehr bald schenkten daher die Bgen den Erfahrungen und Errungenschaften der Kriegsbeschädigtenfürsorge ihre Beachtung. Am Fortschritt durften die Bgen nicht unbeteiligt bleiben, und so beschäftigte sich auch der Verband schon im Jahre 1916 mit den Fragen, die sich für ihn aus der Kriegsbeschädigtenfürsorge ergaben. Im selben Jahre faßte er eine — „Entschließung, die solche Maßnahmen, welche darauf abzielen, die Erwerbsfähigkeit des Verletzten nach Anweisung des Arztes durch Arbeit und körperliche Übungen wiederherzustellen, als Maßnahmen des Heilverfahrens erklärte und eine Sammel- und Auskunftsstelle zur Nutzbarmachung der zur Fürsorge für Kriegsbeschädigte geschaffenen Einrichtungen für Unfallverletzte schuf. Der von dieser Sammelstelle beschaffte Stoff, den sowohl die Heeres- und Marineverwaltungen wie die Landes- und Provinzialausschüsse der Kriegsbeschädigtenfürsorge wie endlich die Bgen beitrugen, erwies sich als wertvoll für ein im Herbst 1917 auf Anregung des Reichsversicherungsamtes zustandegekommenes Unternehmen: Das Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz erklärte sich als neutrale Stelle bereit, derartige militärische Einrichtungen für Arbeitstherapie, die ihrer Gestaltung und örtlichen Lage nach für Friedenszwecke geeignet sind, zu übernehmen und sie den beteiligten Kreisen, in erster Linie den Trägern der Sozialversicherung, zur Verfügung zu stellen" [49]).

Die neue Arbeitstherapie entstand im Grunde genommen einfach aus der Vervollständigung des Heilverfahrens. Hatte früher die ärztliche Kunst ihre Tätigkeit in der Wundbehandlung bei dem Unfallverletzten beendet, so wurde der Geheilte entlassen und mußte selbst zusehen, ob und wie er mit der Arbeit seines Berufes wieder zurechtkam. Oft blieben Versteifungen und andere Behinderungen der verletzten Gliedmaßen und der in Mitleidenschaft gezogenen Gelenke und Körperteile zurück,

[49]) Bg Nr. 20, vom 31. 10. 1918, S. 164.

weil die Glieder nicht schon während des Heilverfahrens wieder langsam an die Funktionen des täglichen Lebens gewöhnt worden waren und so gewissermaßen ihren Beruf verlernt hatten. An eine Erweiterung des Heilverfahrens über die medizinische Substanzbehandlung hinaus wurde gar nicht gedacht. Der erste bessernde Schritt auf diesem Wege war die Einführung der medikomechanischen Heilbehandlung, bei welcher durch eigens konstruierte Maschinen und Apparate die Gliedmaßen unter Zwangseinwirkung wieder beweglich gemacht wurden. Bereits im Frieden wurde jedoch darauf hingewiesen, daß die beste Bewegungsgewöhnung und -übung die Wiederaufnahme praktischer Arbeit in möglichst frühem Stadium des Heilverfahrens sei. Unter dem Druck der Verhältnisse kam diese Anwendung der Arbeitstherapie durch die Kriegsbeschädigtenfürsorge bald nach Beginn des Krieges zu einem ungeahnten Aufschwung. Sowohl die Knappheit des Menschenmaterials einerseits wie anderseits auch wieder das Erfordernis der Konkurrenzfähigkeit drängten dahin, Kriegs- und Unfallverletzte schleunigst der Arbeit wieder zuzuführen. Man sah hierbei, daß die passiven Bewegungsübungen der medikomechanischen Behandlung im Erfolg weit hinter der Arbeitstherapie zurückblieben, deren Wesen darin bestand, daß sie eine funktionelle Heilung erstrebte, indem sie die verletzten Körperteile schon gegen Ende der Genesung wieder an ihre später vollwertig zu leistenden Funktionen durch Ausübung der ihnen zukommenden Tätigkeit gewöhnte.

Noch intensiver in der zweckmäßigen Ausgestaltung des Heilverfahrens waren die Arbeiten des Wiener Chirurgen Böhler. Mit frühester funktioneller Behandlung erreichte er geradezu glänzende, beispielgebende Erfolge. Seine „funktionelle Bewegungsbehandlung" bestand in der „vollkommenen, nie unterbrochenen Ruhigstellung der gut eingerichteten Bruchstücke oder des verletzten Körperabschnittes bei ausgiebiger aktiver Bewegung möglichst vieler oder aller Gelenke unter Vermeidung jeden Schmerzes." [50])

Derartige Wege und Erfolge blieben aber während des Krieges und noch lange nachher Pionierleistungen. Zunächst sorgte die Kriegsbeschädigtenfürsorge für die ausgedehnte Verbreitung der Arbeitstherapie, die sich die Bgen dann zunutzemachten. Denn die Erfahrungen des Krieges bestätigten in vollem Umfange sowohl die Notwendigkeit der vom Reichsversicherungsamt schon vorher angestrebten, möglichst frühzeitigen Wiedereinstellung Erwerbsbeschränkter in die Arbeit wie auch vor allem deren günstigen Einfluß auf die Heilung der Verletzten. Überall im Reich verstreut waren Heil- und Anlernwerkstätten entstanden, die nun auch der bgl. Heilfürsorge zugutekamen.

In den Heilwerkstätten wurde vor allem der freie Gebrauch der verletzten Glieder durch einfachste Arbeitsbetätigung angestrebt, um den Verletzten ganz allgemein wieder an die Arbeit und besonders an eine solche Arbeit zu gewöhnen, welche im Rahmen seines früheren Berufes lag.

Die Anlernwerkstätten wollten die Verletzten, welche ihren alten Beruf nicht wieder aufnehmen konnten, auf einem neuen Beschäftigungs-

---

[50]) Böhler, Ausbildung der Ärzte in der Unfallchirurgie, in: Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Versicherungsmedizin, 31, Jg., Nr. 11.

felde einüben (häufig erfolgte hier die Erlernung der Bedienung von Maschinen, welche der subjektiven Verletzung technisch angepaßt wurden).

c) Orthopädische Heilbehandlung.

Der Gesichtspunkt, die Erwerbsfähigkeit der Verletzten soweit wiederherzustellen, daß sie sich ohne allzugroße Schwierigkeiten wieder in das berufliche Leben einordnen ließen, führte die Bgen dazu, der Orthopädie und dem Gliederersatz die notwendige Beachtung zu schenken. Nach dem Gesetz waren die Bgen verpflichtet, gegebenenfalls auch die Hilfsmittel zu gewähren, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Als solche Hilfsmittel waren auch künstliche Gliedmaßen anzusehen [51]).

Sehr häufig war es nun vorgekommen, daß solche Hilfsmittel, die nicht eben billig waren, deshalb ihren Zweck nicht erfüllten, weil bei der Verordnung des Gliederersatzes und in der Technik der künstlichen Gliedmaßen auf die praktische Verwendbarkeit und individuelle Anpassung, entsprechend den jeweiligen Aufgaben des Verletzten, zu wenig oder gar nicht Rücksicht genommen wurde. Die Anforderungen des Krieges schufen auch hier wiederum eine Besserung: Seit dem 1. Februar 1916 bestanden im ganzen Reiche Prüfstellen für Ersatzglieder. Der Verband schloß mit diesen Stellen eine Vereinbarung, wonach sie sich bereiterklärten, in der gleichen Weise wie Kriegsbeschädigte auch amputierte oder gelähmte Unfallverletzte hinsichtlich der Verwendung von Ersatzgliedern, Arbeitsansatzstücken und Handstützen zu beraten. Das dabei zu beobachtende Vorgehen wurde in Richtlinien für das Zusammenwirken der Bgen mit den Prüfstellen für Ersatzglieder vereinbart [52]).

In der Praxis wirkten sich später die Maßnahmen für eine einwandfreie orthopädische Versorgung in der Weise aus, daß die Bgen mit den orthopädischen Versorgungsstellen an den Hauptversorgungsämtern und mit den Verbänden der Orthopädiemechaniker und -schuhmacher Bestimmungen trafen über das zu verwendende Material und über die Preisbildung.

Die Zusammenarbeit mit der orthopädischen Versorgungsstelle und ihre Inanspruchnahme geschah in der Weise, daß die Bgen ihr, der orthopädischen Versorgungsstelle, bei der Neubeschaffung oder Reparatur einer Prothese Namen und Adresse des Verletzten mitteilten mit dem Ersuchen, den Verletzten zum nächsten Sprechtage vorzuladen, die Prothese zu verordnen, den Orthopädiemechaniker zu bestimmen und die fertige Prothese abzunehmen und zugleich auf ihre ordnungsmäßige Herstellung und ihre praktische Verwendbarkeit hin zu prüfen. Damit wurde das Ziel erreicht, daß die Versorgung der Schwerbeschädigten mit geeigneten Prothesen in die Hände eines Facharztes gelegt wurde, der auf diesem Gebiete bereits über reiche Erfahrungen verfügte.

Dieses Verfahren hatte eine besonders intensive Ausbildung im Gebiete der Südwestdeutschen Vereinigung gefunden.

---

[51]) Hdb. d. Unfallversicherung, 1908, Anm. 8 zu § 9, Bd. I, S. 260.
[52]) Abgedruckt in: „Die Berufsgenossenschaft", Nr. 20, 1918, S. 164.

d) Einheitlichkeit zielbewußter Heilfürsorge.

Alle die Maßnahmen, die in den Bereich der Arbeitstherapie gehören und sich auf die funktionelle Heilung erstrecken, dienten besonders der Wiederertüchtigung der Schwerverletzten. Darüber hinaus zielte ihre Tendenz, sofern die Maßnahmen konsequent bis zu Ende durchgeführt wurden, schließlich auf eine direkte Berufsfürsorge für die Schwerverletzten hin, indirekt beginnend schon mit der mechanotherapeutischen Behandlung, die ja als Grundlage der beruflichen Wiederertüchtigung nicht nur eine medizinische, sondern auch eine wirtschaftliche und soziale Maßnahme darstellt und dem Verletzten den Übergang zu der für ihn angebrachten Arbeit erleichtert.

Doch alle auch noch so intensive orthopädische Behandlung mußte nur eine erfolglose Nachbehandlung bleiben, wenn ihr eine chirurgische voranging, die unter ganz anderen Gesichtspunkten begonnen und durchgeführt worden war, ja, was auch vorkam, geradezu im Gegensatz zu ihr gestanden hatte. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge hatte deutlich bewiesen, daß nur eine einheitlich geplante und durchgeführte Behandlung den vollkommenen und obendrein schnellsten Erfolg verbürgt.

„Die Erfahrungen der Chirurgen und Orthopäden lehrten, die chirurgische Behandlung von vornherein auf die möglichste Erhaltung und Wiederherstellung der Funktion abzustellen, diesem Gesichtspunkt die Operations- und Verbandstechnik unterzuordnen, schon während der Heilung und im Anschluß an diese besondere orthopädische Maßnahmen anzuwenden, die vor allem nachteilige Veränderungen der normalen Stellung verhindern und die Tätigkeit der Gelenke erhalten oder wiederherstellen: Nicht Nachbehandlung zur tunlichsten Wiederbeseitigung der bei der Behandlung entstandenen Nachteile (Stellungsveränderungen, Gelenkversteifungen, Muskelschwäche usw.), sondern von vornherein eine Behandlung, die diese Nachteile nach Möglichkeit verhütet und sie, soweit sie nicht ganz vermeidbar sind, auf das geringste Maß zurückführt.“ [53])

3. Die unfallmedizinische Ausbildung der Ärzte.

Durch Organisation und Aufklärung waren zwar allmählich einem besseren medizinischen Wirken zur angestrebten vollkommenen Heilbehandlung die Wege geebnet.

Aber andererseits blieb das Maximum des Erfolges allerdings stets abhängig von der sachgemäßen Durchbildung des Arztes.

Die Kunst der ärztlichen Tätigkeit besteht nicht nur wesentlich in guten Kenntnissen, sondern ist vielmehr die Folge reichlicher Übung und das Ergebnis umfangreicher praktischer Erfahrung. Weil es daran großenteils aber fehlte, so mangelte es in der Folge auch nicht an Unzuträglichkeiten bei der Durchführung der aus der Unfallversicherungsgesetzgebung sich ergebenden Aufgaben. Die Gründe dafür lagen in der Unzulänglichkeit der ärztlichen Ausbildung, da bei ihr, gemäß der alten Prüfungsordnung vom Jahre 1901, die noch während des Krieges und

[53]) Lohmar, Kriegsbeschädigtenfürsorge und Reichsversicherung. Bg 1915, S. 153 ff.

einige Jahre danach in Kraft war, die Unfallheilkunde keine Berücksichtigung fand. Nun ist die Unfallheilkunde zwar integrierender Bestandteil der Chirurgie und nicht etwa ein Sonderfach. Aber die Unfallversicherungsgesetze hatten sie dergestalt in ein neues Licht gerückt, daß sie im Universitätsunterricht doch immerhin als eine notwendige Erweiterung und Ergänzung des klinischen Unterrichts in Erscheinung treten mußte.

Mit der ständigen Zunahme der Betriebsunfälle war die Unfallheilpraxis allmählich so wichtig geworden, daß schon im Jahre 1913 die ersten Reformforderungen in diesem Sinne speziell von seiten der an der Unfallheilkunde beteiligten und interessierten Ärzte auftauchten. Der Krieg vermittelte dann der medizinischen Wissenschaft eine außerordentliche Fülle von Erfahrungen, die der Vervollkommnung der ärztlichen Behandlungsmethode zugutekam und Veranlassung gab, daß am 29. September 1919 auf dem Ärztetag in Eisenach ernstlich die Frage einer Reform des ärztlichen Studiums aufgeworfen und durchberaten wurde.

Der Verband der deutschen Bgen machte endlich am 31. März 1921 an das Reichsinnenministerium, wo damals Erwägungen über eine Änderung der Studien- und Prüfungsordnung im Gange waren, eine Eingabe wegen der Reform des ärztlichen Studiums auf unfallmedizinischem Gebiet, da die bisherige Ausbildung der Ärzte den Forderungen, die die Reichsversicherung stellen mußte, nicht ausreichend entsprach.

Die bgl. Anträge [54]) beschäftigten sich sowohl mit der Behandlung der Unfallverletzungen wie auch der Begutachtung der Verletzungsfolgen, den beiden Aufgaben des Arztes in der Reichsunfallversicherung. Sie waren vor allem unter Betonung der Ausbildung in der funktionellen Heilbehandlung auf die Verbesserung des klinischen Unterrichts, und zwar wie in der Chirurgie so ebenfalls in der internneurologischen Medizin, und auf Verbesserungen auf den Spezialgebieten, besonders der Augen- und Ohrenheilkunde, gerichtet und forderten als Ergänzung des Unterrichts eine gründliche praktische Ausbildung. — Diese Anträge fanden die Zustimmung angesehener Praktiker.

Zweifellos haben die Bgen damit auf die neue Prüfungsordnung vom 5. Juli 1924 einen nicht geringen Einfluß ausgeübt, denn wenn diese auch nicht alle ihre Forderungen erfüllte und mehr die soziale Seite der Ausbildung betonte, indem sie besonders der Begutachtung zugutekam — neu gefordert war z. B. die Ausarbeitung eines Probegutachtens über einen Krankheitsfall aus dem Gebiete der Versicherungsmedizin oder des Versorgungswesens —, so brachte sie doch, was im Sinne der Bgen war, eine Vermehrung der Prüfungsfächer, wobei die Versicherungsmedizin, d. h. die Prüfung der Behandlung unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten, eine stärkere Berücksichtigung fand, als es zuvor geschehen war. Verschiedentlich kündigten sich auch schon Bestrebungen an, die einen Schritt weiterführten. Mit Unterstützung der Bgen sollten die Ärzte jeweils in bestimmten Gebieten in sogen. ärztlichen Fortbildungskursen über allgemeine und spezielle Erfahrungen auf dem Gebiet der unfall-

---

[54]) Abgedruckt in: „Die Berufsgenossenschaft", Nr. 9 vom 15. Mai 1921, S. 65.

medizinischen Behandlung unterrichtet und mit den neuen Methoden und technischen Errungenschaften gleich praktisch vertraut gemacht werden.

Diese Einrichtung, die aber erst einige Zeit später geschaffen wurde, vermochte ständig das Beste an alterprobter und neuer Heilkunst zu vermitteln und hat sich, da sie auch sonst entstandene Zweifelsfragen aus dem Gebiet des Zusammenwirkens der Ärzte mit den Bgen klärte, als sehr segensreich für die Förderung der bgl. Heilfürsorge erwiesen.

4. Vom Schadenersatz zur umfassenden Heilfürsorge.

Bei einem Über- und Rückblick am Ende dieses zweiten Abschnittes in der Entwicklung der bgl. Heilfürsorge, der die Bgen immer mehr zu gemeinsamem Handeln zusammenführte, läßt sich eindeutig schon ein Wandel in der bgl. Tätigkeit und ihrer Zielsetzung erkennen.

Die Unfallversicherung war zu dem Zweck errichtet worden, den Schaden, der sich aus einem Betriebsunfall für den Verletzten ergab, zu ersetzen. Das tat sie mittels einer Rente, die dem jeweiligen Grad der entstandenen Erwerbsbeschränkung entsprach. Naturgemäß betrachtete sie es aber auch als ihre Aufgabe, diesen Unfallschäden nach Möglichkeit vorzubeugen, und entfaltete daher alsbald eine rege Tätigkeit auf dem Gebiet der Unfallverhütung. Etwa um die Zeit der Einführung der Reichsversicherungsordnung fand der Grundsatz, bewußt auf eine Verringerung des Gesamtschadens hinzuwirken, unter dem Motto „Schaden verhüten ist besser als Schaden vergüten!“ in der Praxis eine Erweiterung und stärkere Verbreitung: Denn wenn bisher das eigentliche Heilverfahren nach der 13. Woche in Erfüllung gesetzlicher Pflicht als ein Teil des „Schadenersatzes“ gewährt wurde, so näherte sich die freiwillige frühe Fürsorge der Bgen für das Heilverfahren innerhalb der Wartezeit, die von der Seite der Schadenvergütung ausgegangen war und nun einen intensiveren Ausbau erfuhr und größere Verbreitung fand, mehr der Schadenverhütung an, sodaß sie eine Art Mittelstellung zwischen der Schadenverhütung und der Schadenvergütung einnahm. Mit den Mitteln der Heilkunde verfolgte diese freiwillige frühe Fürsorge gleiche oder ähnliche Zwecke wie die technische Unfallverhütung. Sie zielte darauf ab, nach Möglichkeit zu verhüten, daß Unfälle, die nun einmal geschehen sind, zu entschädigungspflichtigen Unfällen wurden (nur solche zählen überhaupt für die Statistik); oder sie wirkte da, wo dieser beste Erfolg nicht erzielt werden konnte, von vornherein auf Abschwächung der nachteiligen Unfallfolgen hin und wollte dem späteren pflichtmäßigen Heilverfahren, soweit ein solches dann noch notwendig, vorarbeiten.

Im Jahre 1892 beteiligte sich schon nahezu die Hälfte aller Bgen an dieser frühen Fürsorge; nach Einführung der Krankenversicherungsnovelle, also nach Klärung der rechtlichen Zulässigkeit einer derartigen Tätigkeit, nahm die Beteiligung im Frühheilverfahren anteilmäßig und dem Umfang nach sehr schnell und stark zu. Methoden und Maßnahmen zur Einleitung eines Heilverfahrens sowie das Heilverfahren selbst erhielten durch das Einwirken der Bgen eine immer bessere Aus- und Durchbildung. In dem Bestreben, mit allen Mitteln dem Unfallverletzten die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, taten die Bgen ihr Bestes — nicht nur

für das Heilverfahren allein, sondern noch darüber hinaus, indem sie streng auf die fachliche Ausbildung und auf unfallmedizinische Erfahrung der behandelnden Ärzte sahen und auch darauf, daß die Einrichtungen der von ihnen benutzten Krankenhäuser und Heilanstalten stets auf den modernsten Stand vervollkommnet wurden, und indem sie sich ferner die Errungenschaften der Arbeitstherapie für die von ihnen betreuten Verletzten zunutzemachten. In Fortentwicklung dieser Heilmaßnahmen zur beruflichen Wiedertüchtigung der Schwerverletzten setzten sie in manchen Fällen auch schon mit einer beruflichen Umschulung ein und sorgten schließlich dafür, daß solchen Unfallverletzten eine geeignete Arbeitsstelle beschafft wurde.

Mehr und mehr wirkten die Vereinigungen darauf hin, daß alle Bgen in den geeigneten Versicherungsfällen den Verletzten freiwillig eine weitgehende Fürsorge unter dem Gesichtspunkt der Schadenabwehr angedeihen ließen. Diese umfassende fürsorgliche Tätigkeit der Bgen zu dem Zwecke, wie die Schädigung auch die Rente — in dieser Versicherungsleistung lag ja ursprünglich der ganze Schutz gegen eine Schädigung durch die Unfallfolgen — möglichst niedrig zu halten, kam ebenso dem Betreuten wie auch der Versicherung selbst zugute. Stets erwies sich dabei das wahre Interesse des Verletzten auch als das der Unfallversicherungsträger.

Gerade weil diese Fürsorge über die bloße Gewährung eines Heilverfahrens hinausgehen konnte, ohne den Versicherungsgedanken zugunsten des Versorgungsgedankens preiszugeben, hat sie wahrlich sozial gewirkt und Segensreiches zur Erhaltung der deutschen Arbeits- und Volkskraft geleistet.

C. Dritter Abschnitt:

Die gegenwärtige Entwicklung der berufsgenossenschaftlichen Unfallheilfürsorge.

I. Das Recht des Unfallheilverfahrens.

Oberste Richtschnur für alles Handeln jeder öffentlichen und privaten Institution ist stets Gesetz und Satzung, in deren Rahmen sich alle Tätigkeit zu halten und zu entfalten hat. Verfolgen wir die Entwicklung der Heilfürsorge in der Unfallversicherung von ihren Anfängen bis in die neueste Zeit, um festzustellen, welcher Art der Wandel ist, und nach welcher Richtung er hinführt, so müssen wir von den gesetzlichen Bestimmungen ausgehen, welche die Grundlage des bgl. Wirkens bilden.

Anknüpfend an die gesetzliche Neuordnung des Jahres 1925 soll nun im folgenden dritten Abschnitt dargestellt werden, wie sich die Unfallheilfürsorge bis in die Gegenwart hinein entwickelt hat.

Die grundlegende Umgestaltung des Rechts der Unfallversicherung im Jahre 1925 hat das bgl. Heilverfahren in ein ganz neues Licht gerückt und war von entscheidendem Einfluß auf den weiteren Ausbau der bgl. Heilfürsorge, die ja in der Hauptsache Organisation und Praxis des Unfallheilverfahrens einbegreift. Aus Gründen der Zweckmäßigkeit wird

daher zunächst das Recht des Unfallheilverfahrens dargestellt, während Praxis und Organisation in einem folgenden zweiten Teil behandelt werden.

Der Wandel im Heilverfahrensrecht von 1885—1925.

Während „Heilfürsorge" — eine in der Praxis der Bgen geläufige Bezeichnung — den weitesten Begriff darstellt, nämlich die allumfassende irgendwie der Heilung dienende Tätigkeit des Versicherungsträgers, die dem Verletzten unmittelbar oder mittelbar zugutekommt, hat das Gesetz einen konkreteren, weniger weit gefaßten Sammelbegriff aufgestellt und spricht vom „Heilverfahren". Es meint damit „die Heilbehandlung behufs tunlichster Beseitigung der Unfallfolgen sowohl außerhalb (offene Krankenbehandlung) wie innerhalb einer Heilanstalt (geschlossene Krankenbehandlung)"[55]).

Lohmar definiert[56]): „Seinem Wesen nach ist das Unfallheilverfahren die Gesamtheit der Maßnahmen, die der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit und der Gebrauchsfähigkeit des Körpers nach Unfallverletzungen dienen. Diese Maßnahmen sind in erster Linie ärztliche und ärztlich verordnete, können aber auch andere, z. B. verwaltungsmäßige sein."

Das Gesetz regelt unter dem Obergebriff des Heilverfahrens neben den Geldleistungen (Kapitalzahlungen und Renten) vor allem die Sachleistungen zur Krankenbehandlung. Bei der Betrachtung des Rechts beschränken sich deshalb die nachfolgenden Ausführungen im wesentlichen auf das Heilverfahren, wie es sich seit dem Jahre 1925 entwickelt hat.

Bis dahin hatte sich im Zusammenwirken mit den Kkn die Stellung der Bgen und ihr Aufgabengebiet langsam aber stetig gewandelt.

Anfangs bestanden die Leistungen der Unfallversicherung bei einem entschädigungspflichtigen Unfall — abgesehen von der Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit — nur in dem Ersatz der Kosten des Heilverfahrens von der 14. Woche an. So hatte die Unfallversicherung nur die Aufgabe, im Falle eines entschädigungspflichtigen Unfalls in dem Augenblick an die Stelle der Krankenversicherung zu treten, wo jene ihre Aufgabe erfüllt hatte. Doch schon in der Krankenversicherungsnovelle von 1892 zeigte sich eine neue Auffassung vom wirksameren Eintreten der Bg, indem ihr dort ausdrücklich das Recht zugestanden worden war, bereits während der ersten 13 Wochen, der sog. Karenzzeit, das Heilverfahren auf eigene Kosten zu übernehmen und damit also auf die Gestaltung und Durchführung selbst maßgebend einzuwirken.

Vom Gewerbeunfallversicherungsgesetz 1900 ist dann als weiteres Zeichen für den Wandel der Rechtsauffassung zu vermerken, daß es sich jetzt nicht mehr um den bloßen Ersatz der Kosten des Heilverfahrens handelt, sondern, wie dort bestimmt wird, um die Gewährung freier ärztlicher Behandlung, Arznei und sonstiger Heilmittel sowie der für die Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und der zur Erleichterung der

[55]) Schulte-Holthausen: RVO III, S. 194.

[56]) Lohmar: Das Unfallheilverfahren, im Hdb. d. ges. Unfallheilkunde, a. a. O., S. 393.

Verletzungsfolgen erforderlichen Hilfsmittel „in natura“ (wie Krücken, Stützapparate, Bänder usw.).

Einen Schritt weiter als die Krankenversicherungsnovelle ging die Reichsversicherungsordnung von 1911; sie förderte ein frühzeitiges und aussichtsreiches Eingreifen der Bg in das Heilverfahren, indem von nun an, wenn bei Unfallerkrankungen der Unfallversicherungsträger das Heilverfahren frühzeitig übernahm, ihm die Kk insoweit ersatzpflichtig wurde, als sie selbst nach Gesetz und Satzung Krankenhilfe zu leisten hatte.

Der Weltkrieg unterbrach dann diese Entwicklung. Die Neubestimmungen der Nachkriegszeit betrafen mehr Form und Höhe der Geldleistungen, die sie jeweils den schnell veränderlichen Verhältnissen der Inflation anzupassen strebten, rührten aber nicht an den inneren Aufbau der Unfallversicherung und ihrer Leistungen.

Entwicklung und Stand des Unfallheilverfahrens seit 1925.

Erst mit dem Jahre 1925 setzte eine Umgestaltung von allergrößter Bedeutung ein. Zur Kennzeichnung des Wandels der sozialpolitischen Anschauungen sei aber die Gesetzgebung des Jahres 1925, bevor wir ihre Auswirkungen auf die Leistungen zum Heilverfahren untersuchen, auch hinsichtlich des Umfangs der Unfallversicherung kurz gestreift. Es wirft dies ein Licht auf den neuen Geist, der seither die Ausgestaltung der Sozialversicherung in diesem Sektor beherrscht.

1. Die Ausdehnung auf Berufskrankheiten.

a) Die Einbeziehung bestimmter Berufskrankheiten.

Objekt der Versicherung ist die körperliche Unversehrtheit; es gilt den Schutz gegen eine nachhaltige Schädigung der Erwerbsfähigkeit durch die Gefahren, die dem einzelnen aus der Beschäftigung in den vom Gesetz festgelegten Betrieben und Einrichtungen erwachsen. Naturgemäß geht die Unfallversicherung von dem Tatbestand des Unfalls aus, also von einem Ereignis, zu dessen wesentlichem Begriffsmerkmal die Plötzlichkeit der schädigenden Einwirkung gehört. Grundsätzlich hatte die Rechtsprechung an diesem Merkmal stets festgehalten. Erstmalig in der Reichstagskommission zur Vorbereitung der RVO wurde durch Anträge der Versuch unternommen, den Betriebsunfällen die Berufskrankheiten gleichzustellen, Tatbestände also, bei denen die Schädigung erst durch länger dauernde Einwirkung entsteht. Auf Grund sachlicher und technischer Schwierigkeiten brachte die RVO 1911 eine Kompromißlösung (§ 547), wonach die Unfallversicherung auf einzelne bestimmte Berufskrankheiten durch besonderen Beschluß des Bundesrates ausgedehnt werden konnte.

Gegen eine solche Anwendung des § 547 RVO nahmen dann gerade die Bgen — und zwar sachlich begründet — solange immer wieder Stel-

lung — mit dem Erfolg, daß eine Einbeziehung von Berufskrankheiten unterblieb —, bis endlich auf einer Fabrikärztekonferenz 1921 schlüssig gezeigt werden konnte, daß es möglich ist, in gewissen näher bezeichneten Fällen einwandfrei die Diagnose zu stellen und den Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit mit genügender Sicherheit nachzuweisen [57]).

Nicht nur in Deutschland, auch vom Internationalen Arbeitsamt in Genf wurden diese Fragen eingehend behandelt, und dort war auch bereits eine Liste von Berufskrankheiten aufgestellt worden.

Auf Grund dieser Tatsache kam es am 12. 5. 1925 zum Erlaß der „Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten" (RGBl. I, S. 69). Kurz danach folgte mit dem „Zweiten Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 14. 7. 1925" (RGBl. I, S. 97) die Aufhebung der Beschränkung des § 547 RVO auf „gewerbliche Berufskrankheiten", sodaß nun die Voraussetzung zu einer umfassenderen Regelung gegeben war. Im Zuge dieser Erweiterung brachte das „Dritte Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 12. 12. 1928" (RGBl. I, S. 405) die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf weitere Betriebe und Tätigkeiten und vergrößerte damit den Personenkreis der Versicherten noch mehr. Nochmals geschah dies in dem „Aufbaugesetz" vom 5. 7. 1934 (RGBl. I, S. 577) und zuletzt mit dem „Fünften Änderungsgesetz vom 17. 2. 1939" (RGBl. I, S. 267).

Die erste Berufskrankheitenverordnung schrieb ein besonderes Verfahren zur Erfassung und Behandlung der Krankheitsfälle vor und unterstellte 11 bekannte berufliche Erkrankungen dem Versicherungsschutz (z.B. Erkrankungen durch Blei, Quecksilber, Arsen oder ihre Verbindungen, durch Phosphor, Benzol oder seine Homologen, durch Schwefelkohlenstoff, Röntgenstrahlen); nachdem mit dieser Versuchslösung praktische Erfahrungen gesammelt worden waren, folgte am 11. 2. 1929 die Zweite Verordnung (RGBl. I, S. 27), die durch Hinzunahme weiterer Erkrankungen die Zahl der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten verdoppelte.

In der z. Zt. gültigen Dritten Vo. vom 16. 12. 1936 (RGBl. I, S. 1117) wird der Versicherungsschutz nochmals erweitert und auch das Verfahren grundlegend erneuert.

b) Die Sonderstellung der Berufskrankheiten im berufsgenossenschaftlichen Verfahren.

Die Berufskrankheiten zeigen beim Auftreten und in ihrem Verlauf ein wesentlich anderes Bild als die Unfallerkrankungen speziell schon durch das Fehlen des Moments der Plötzlichkeit bei der Auslösung und dem Eintritt der Erkrankung. So sei hier kurz auf die Besonderheiten hingewiesen, welche die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung für ihre rechtliche und praktische Behandlung erforderte.

---

[57]) Siehe Neuendorff: Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die gewerblichen Berufskrankheiten, Arb.Vgg., Heft 18 vom 21. 6. 1925.

Eintritt der Erkrankungen.

Die Funktion der Unfallversicherung ist an ein zeitliches Moment gebunden, an das sie anknüpfen muß. Bei der Berufskrankheit gilt daher als Zeitpunkt des „Unfalles" der Beginn der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung (Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung, der Verordnung von Arzneien oder Heilmitteln, Eintritt von Arbeitsunfähigkeit) oder – falls dies für den Versicherten günstiger ist — der Beginn der Erwerbsunfähigkeit[58]).

Das Verfahren.

In der ersten Zeit war zwischen dem Verfahren in Unfall- und in Berufskrankheitensachen scharf unterschieden worden. Als örtlich zuständige Instanz war das Versicherungsamt als maßgeblicher Träger des Verfahrens oder der Untersuchung eingeschaltet. Seit Inkrafttreten der 3. Verordnung ist die Bearbeitung der Berufskrankheitensachen genau so wie bei den Unfällen von Anfang an in die Hand der Versicherungsträger gelegt. Alle Anzeigen über Unfälle und Berufskrankheiten sind daher grundsätzlich unmittelbar oder mittelbar über die Ortspolizeibehörde dem Versicherungsträger zu erstatten (§ 6 I 3. Vo.), sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Neben diese Anzeige des Betriebs tritt die ärztliche Anzeige — entweder an den Versicherungsträger oder an den örtlich zuständigen Gewerbearzt —, die seit der 2. Vo. auch schon bei Verdacht auf eine in der Anlage zur Verordnung aufgeführte Berufskrankheit unverzüglich zu erstatten ist.

Die Untersuchung.

Von größter Wichtigkeit ist für die Bgen die Untersuchung auf eine Berufserkrankung. Denn gerade hier, wo die Grenzen zwischen gemeinen Erkrankungen, Gewerbekrankheiten spezifizierten Berufskrankheiten und Unfallfolgen besonders schwer zu ziehen sind, ist die Bg auf eine exakte Prüfung durch verantwortliche Ärzte angewiesen[59]).

---

[58]) „Erwerbsunfähigkeit" im besonderen Sinne der Unfallversicherung liegt dann vor, wenn es sich um eine Beeinträchtigung des Versicherten zur Leistung irgendeiner Arbeit handelt. (Doch bleibt eine nicht mindestens 20prozentige Beeinträchtigung, wozu mehrere mit verschiedenen Ursachen summiert werden können, unentschädigt, während andererseits von dem Versicherten keine Arbeitsleistung verlangt werden darf, die bei Berücksichtigung seiner Kräfte und Fähigkeiten unbillig wäre.) Die Krankenversicherung dagegen kennt die „Arbeitsunfähigkeit", bei der nur eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten zur Fortführung seiner bisherigen Arbeit vorliegen muß. Man spricht hier auch von Stellungsinvalidität. Hieraus läßt sich erkennen, daß bei der Unfallversicherung eine weit stärkere Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Sinne als bei der Krankenversicherung verlangt wird, damit die Voraussetzungen zu Leistungen der Versicherung gegeben sind. Vgl. Manes: Die Leistungen der Sozialversicherung, Z. f. V., Bd. 25, S. 273. — Siehe auch Kaskel: Art. „Erwerbsunfähigkeit" im Versicherungslexikon von Manes, 2. Aufl. Berlin 1924.

[59]) Die Erfahrung zeigt, daß bei solcher Ausdehnung der Leistungspflicht der Unfallversicherung auf ein für die sichere und korrekte Ab-

Die Bgen bedienen sich dazu des für den Arbeitsort des Versicherten zuständigen staatlichen Gewerbearztes. Er hat die Anzeige, die ihm vom Versicherungsträger binnen zwei Tagen übersandt werden soll, zu prüfen, den Versicherten zu untersuchen und gegebenenfalls die notwendigen Ermittlungen anstellen zu lassen. Er allein hat das endgültige, für die Bg maßgebliche Gutachten zu erstatten.

Die Übergangsrente.

Den Bestrebungen, einen drohenden Schaden beizeiten abzuwenden, bevor er sich voll auswirkt, gab der Gesetzgeber schon in der ersten Verordnung von 1925 Raum, indem er eine neue Versicherungsleistung von besonderem Werte schuf: Bei Gefahr einer Berufserkrankung oder eines Rückfalles konnte der Versicherungsträger zur Erleichterung der Abwendung vom individuell gefährdenden Beruf nach pflichtgemäßem Ermessen eine geldliche Entschädigung gewähren — sei es ohne oder mit Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Damit war der Versicherungsträger rechtlich in die Lage versetzt, auf wirksame Weise die ihn zumeist stark belastenden beruflichen Erkrankungen teils ganz zu verhüten, teils ihrer Verschlimmerung rechtzeitig und erfolgreich vorzubeugen.

Trotz der großen gesundheitlichen Bedeutung dieser Bestimmung wurde von der Möglichkeit, eine Übergangsrente zu gewähren, nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht. Zwar hatte sich diese Maßnahme, wo sie angewandt wurde, nie zum Schaden des Versicherten oder der Versicherung ausgewirkt, allein aus Mangel an praktischer Erfahrung auf diesem Gebiet hielten die Bgen mit derartigen Maßnahmen zurück. So ging der Gesetzgeber vorsichtig einen Schritt weiter.

Mit der Verordnung von 1936 brachte er eine Regelung, die für den Versicherten günstig, für den Versicherungsträger durchaus tragbar ist: Besteht nach ärztlichem Urteil bei einem bereits im Betrieb beschäftigten Versicherten eine berufliche Erkrankung oder bei Weiterarbeit die hohe Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer solchen, und ist unter gleichen oder annähernd gleichen Einkommensverhältnissen die Zuweisung einer Arbeit in einem anderen, für den Versicherten unbedenklichen Betriebsteil nicht möglich, so soll der Versicherungsträger den in gesundheitlicher Gefahr Befindlichen zur Unterlassung der gefährdenden Beschäftigung anhalten und ihn, falls eine wirtschaftliche Schädigung nachweislich besteht, durch Gewährung einer Übergangsrente bis zur Hälfte der Vollrente oder eines Übergangsgeldes bis zur Höhe des Betrags der halben Jahresvollrente (Kapitalbetrag) entschädigen. Somit ist die Übergangsrente, für deren Gewährung bestimmte zeitliche Grenzen zwar nicht gesetzt sind, die aber deswegen doch keine Dauerleistung sein kann, eine Solleistung. Damit ist eine Anwendung dieser vorsorglichen Hilfe der Bgen, wo sie zum Schutz des Versicherten gegen drohende oder schlimmer werdende Fälle von Berufskrankheiten angebracht ist, sichergestellt.

---

grenzung so schwieriges Gebiet es immer wieder Erkrankte gibt, die danach trachten, in den Genuß der hohen Leistungen der Unfallversicherung zu gelangen, indem sie ihre Erkrankung allein auf die Tätigkeit im Beruf zurückführen.

Allmählich wird die gesammelte Erfahrung dazu verhelfen, die Schwierigkeiten, die mit diesem Verfahren verbunden sind, so zu meistern, daß aus dem Recht auch hier lebendige Praxis wird.

c) Die Bedeutung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes für die Berufskrankheiten.

Zu der fortschreitenden Ausdehnung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes auf Berufskrankheiten noch abschließend ein Wort von Ministerialrat Dr. Dr. Bauer [60]): „Die 3. Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten trägt .. den in den letzten Jahren gewonnenen Ergebnissen der Forschung, Begutachtung, Rechtsprechung und den praktischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Berufskrankheiten Rechnung. Auch mit ihr kann und soll die Gesetzgebung über Berufskrankheiten nicht abgeschlossen sein. Wenn wissenschaftlich unzweideutig der Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und der betriebseigentümlichen Tätigkeit nachgewiesen ist, oder wenn sich bei der Durchführung der Vorschriften nicht vorgesehene Schwierigkeiten oder Härten zeigen sollten, wird der Gesetzgeber auch künftig die Folgerungen für den Schutz der arbeitenden Volksgenossen aus diesen Feststellungen zu ziehen haben."

2. Die Verbreiterung des besonderen „Arbeitsunfall-Versicherungsschutzes".

Neben den für die Unfallversicherung neuartigen Berufskrankheiten, deren verfahrensmäßige Erfassung und Behandlung in besonderer Weise den bisher schon üblichen Verfahren bei Betriebsunfällen neu zur Seite trat, brachte das Jahr 1925 eine Vermehrung der Versicherungsfälle: einerseits durch Erfassung neuer Betriebe und Einrichtungen — also durch Erweiterung des Personenkreises — und andererseits durch Einbeziehung auch des Weges von und zur Arbeitsstätte als geschützte Tätigkeit, also durch zusätzlich erfaßte Unfälle.

Aus diesem Schritt des Gesetzgebers geht deutlich hervor, daß der besondere Schutz der Unfallversicherung bei einem Unfall, soweit dieser mit der Beschäftigung des Verunglückten im Zusammenhang steht, dem Versicherten auch dann zugutekommen soll, wenn der Unfall sich nicht unmittelbar auf der Betriebsstätte ereignet hat. Die Gefährlichkeit des Betriebs spielt also für die Leistungen der Versicherung nicht mehr die Rolle wie in den Anfangszeiten, sondern jetzt kommt es darauf an, die werktätig Schaffenden, soweit sie überhaupt von der Unfallversicherung erfaßt werden, zu schützen gegen die unvorhersehbaren Schädigungen durch Unfälle, denen sie auf Grund ihrer Tätigkeit ausgesetzt sind. Dabei gibt es keinen Unterschied mehr, ob der Unfall sich vor oder hinter dem Fabriktor ereignet. Der (gewöhnlich direkte) Weg von und zur Arbeit verdient den gleichen Schutz wie der Weg, der während der Arbeit er-

[60]) Ministerialrat Dr. Dr. Bauer: Die dritte Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. 12. 1936, Bg 1937, S. 17.

forderlich wird, und wie die standortgebundene Tätigkeit auf der Arbeitsstätte.

Nicht mehr die Abgrenzung der „besonderen Betriebsgefahr" von der „Gefahr des gewöhnlichen Lebens" ist das Entscheidende[61]). Denn wie der Arbeiter seine Gesundheit „seinem Betriebe" widmet, ohne dabei nach dem Weg dorthin zu fragen, auf dem ihm ebenso wie unmittelbar bei der Arbeit ein Unglück zustoßen kann, — dessen Gefahrenmomente ja auch indirekt durch den Betrieb bedingt sind (örtliche Lage, Arbeitszeit, Arbeitsweise) —, so muß sich auch aus einem natürlichen Gemeinschaftsgeist heraus die Sorge des Betriebs für das Wohl seiner Arbeiter in die Tat umsetzen, sobald dazu Anlaß gegeben ist. Das aber ist der Fall, sofern der Zusammenhang zwischen Tätigkeit für den Betrieb und Unfall noch nicht gelöst ist. Der Weg von und zur Arbeitsstätte gehört in diesen Zusammenhang; auch hier ist nach heutiger Anschauung (Wandlung in der Arbeitsethik!) der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Arbeit noch oder schon gegeben[62]). Das ist das Entscheidende. So kommt nun auch dem unterwegs Verunglückten der besondere Schutz der Unfallversicherung zu[63]).

Wie dieser in Recht und Gesetzgebung im einzelnen gestaltet ist, sei nachfolgend dargestellt.

3. Der Inhalt des Heilverfahrensrechts.

a) Der grundlegende Wandel im Jahre 1925.

Das 2. Gesetz über die Änderung der Unfallversicherung vom 14. 7. 1925 brachte gegenüber dem alten Recht des Unfallheilverfahrens grundlegende Neuerungen.

In den vorangegangenen Jahren, sogar schon vor der Jahrhundertwende, war am stärksten immer wieder die Wartezeit umkämpft gewesen, deren Abschaffung nicht nur von seiten der Versicherten, sondern vor allem von namhaften Ärzten gefordert wurde. Die Unfallversicherungsträger hingegen wiesen grundsätzlich zur Frage des bgl. Heilverfahrens darauf hin, daß es — mit oder ohne Wartezeit — nur in einer Minderzahl von Fällen nötig sei, dann aber rechtzeitig einsetzen müsse, und waren im übrigen bemüht, den nachteiligen Auswirkungen der Wartezeit durch Entwicklung besonderer Verfahren zu begegnen. Bezüglich der Barleistungen (Renten usw.) lehnten sie eine Aufhebung der Wartezeit als untragbar ab.

Mit dem Änderungsgesetz ging der Gesetzgeber nun einen Mittelweg: Die Wartezeit für den Unfallrentenanspruch des Krankenversicherten ließ er, wenn auch in veränderter Form, weiterbestehen; die Warte-

---

[61]) Vgl. Ministerialrat Dr. Dr. Mumelter: Die Hauptfrage in der Unfallversicherung der Arbeiter, Z. f. V. Bd. 25, S. 121.

[62]) Vgl. Schuchard, H. E.: Die Begriffsbestimmung des Betriebsunfalls in der Sozialversicherung verschiedener Industriestaaten, in „Die Bg" 1936, S. 305.

[63]) Siehe auch: Walter Lohmar: „Der Unfall als Ursache in der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung", Diss. 1936.

zeit für das Heilverfahren dagegen wurde beseitigt — nicht in dem Sinne, daß die Bgen nun in jedem Falle dem Verletzten vom ersten Tage an Krankenbehandlung gewähren müssen, sondern die ihnen auferlegte Verantwortung für ein sachgemäßes Heilverfahren verpflichtet sie, sich in jedem Fall um das Heilverfahren zu kümmern, d. h., zu prüfen, ob ein besonderes Heilverfahren erforderlich ist, und Maßnahmen zu treffen, daß gegebenenfalls das erforderliche Heilverfahren rechtzeitig eingeleitet wird. Der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Kk auf Gewährung von Krankenpflege blieb bestehen, sodaß beide Versicherungsträger zur Gewährung von Heilbehandlung verpflichtet sind.

Das Verhältnis der Leistungspflicht der Kk zu derjenigen der Bg hatte sich nun dahin entwickelt, daß die „Verpflichtung der beiden Versicherungsträger zur Krankenpflege (Kk) oder Krankenbehandlung (Bg) nicht mehr zeitlich aufeinander folgt, sie besteht vielmehr nebeneinander in der Form, daß der Träger der Krankenversicherung zunächst vorzuleisten hat und der Verletzte seine Leistungen einerseits immer nur entweder vom einen oder anderen Versicherungsträger, andererseits aber fortlaufend ohne Lücken zu erhalten hat".[64]) Der Träger der Unfallversicherung hat nach eigener Prüfung die Wahl, ob er den Verletzten in der für ihn zureichenden Krankenpflege der Kk belassen, oder ob er selbst Krankenbehandlung gewähren, oder ob er endlich den Träger der Krankenversicherung mit der Durchführung der Krankenbehandlung in dem gebotenen Umfang nach § 1510 RVO beauftragen will.

Die Bg leistet nur dann Krankenbehandlung, wenn der Anspruch des unfallverletzten Krankenversicherten inhaltlich über die Krankenpflege, die Leistung der Krankenversicherung, hinausgeht, wenn also größere Heil- oder Hilfsmittel erforderlich sind, oder wenn Hilflosigkeit besteht, die Pflege erfordert. Deshalb, heißt es in den „Bestimmungen des Reichsversicherungsamts über die Unterstützungspflicht der Krankenkassen und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung vom 12. 10. 1926" (Amtl. Nachr. 1926, S. 453), „s o l l e n alle Fälle, in denen die Bg ein im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wirksameres Heilverfahren zu gewähren imstande ist, ermittelt und möglichst von Anfang an dem bgl. Heilverfahren zugeführt werden" (§ 1).

Diese Sollvorschrift ist später in eine Mußvorschrift umgewandelt worden durch § 33 der „Verordnung des Reichsarbeitsministers über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge" vom 14. 11. 1928 (RGBl. I, S. 387), wo es heißt: „Die Versicherungsträger m ü s s e n alle Maßnahmen treffen und Einrichtungen schaffen, durch die eine möglichst bald nach dem Unfall einsetzende schnelle und sachgemäße Durchführung der Krankenbehandlung, insbesondere auch, soweit möglich, eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung gewährleistet wird."

„Der wesentliche Unterschied gegenüber dem früheren Recht liegt also darin, daß es zuvor ins freie Ermessen der Bg gestellt war, ob sie in das Heilverfahren eingreifen wollte, während es jetzt ihre gesetzliche Pflicht ist, dies, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen, nicht nur zu tun, sondern es auch rechtzeitig zu tun. Sie kann zur Erfüllung dieser

[64]) Schulte-Holthausen, a. a. O., S. 102.

Pflicht von ihrer Aufsichtsbehörde, dem Reichsversicherungsamt, im Aufsichtswege angehalten werden."[65])

Die Bg ist damit die Herrin des Heilverfahrens geworden: Hat sie sich für ein eigenes Heilverfahren entschieden, so zeigt sie der Kk den Termin ihres Eintritts an, und mit dem Beginn dieses Tages endet die Verpflichtung der Kk zur Gewährung von Krankenpflege (§ 559 II RVO). Andererseits kann die Bg jetzt die Leistung der Kk auf die von ihr zu gewährende Leistung anrechnen und wird somit von der eigenen Leistung frei, sofern diese nicht weitergeht (§ 559 a).

b) Die Leistungen im Unfallheilverfahren.

Inhalt und Dauer der Krankenbehandlung.

An erster Stelle der Pflichtleistungen hat die Bg bei Verletzungen Krankenbehandlung zu gewähren (§ 558 Z. 1 RVO); ihr zur Seite treten die Geldleistungen für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit wie Rente oder Krankengeld, Tagegeld und Familiengeld und ferner noch als neue Pflichtleistung die Berufsfürsorge.

Die Krankenbehandlung soll (wie auch die Berufsfürsorge) mit allen geeigneten Mitteln

1) die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung und die durch den Unfall verursachte Erwerbsunfähigkeit beseitigen und eine Verschlimmerung verhüten;
2) den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufs oder, wenn das nicht möglich ist, zur Aufnahme eines neuen Berufs befähigen (und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen). (§ 558 a. RVO).

Die Krankenbehandlung umfaßt (nach § 558 b): 1) ärztliche Behandlung, 2) Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern, 3) die Gewährung von Pflege.

Das große Ausmaß dieser bgl. Leistungen wird deutlich bei einer Gegenüberstellung mit den entsprechenden Leistungen der Kk. Denn dort ist bestimmt, daß die Krankenpflege zwar auch ausreichend und zweckmäßig sein muß, es sind ihr jedoch Grenzen gesetzt durch die Einschränkung, daß sie „das Maß des Notwendigen" nicht überschreiten darf (§ 182 II RVO); sie umfaßt als Sachleistungen nur Brillen und Bruchbänder und andere kleinere Heilmittel (die Hilfsmittel in der Unfallversicherung) (§ 182 I. 1 RVO); Hilfe und Wartung durch Pfleger werden in der Krankenversicherung nicht als Pflicht-, sondern gemäß § 185 RVO nur als Kannleistung gewährt, ihre Gewährung steht also im freien Ermessen der Kk.

Auf den Vorrang des bgl. Heilverfahrens weisen auch die nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes ergangenen Bestimmungen des RVA

[65]) Dr. Roewer: „Über das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, in der „Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin", 35. Jahrgang 1928, Nr. 6.

über die Unterstützungspflicht der Kkn und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung vom 10. 12. 1926, wonach alle Fälle, in denen die Bg ein im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten wirksameres Heilverfahren zu gewähren imstande ist, ermittelt und möglichst von Anfang an dem bgl. Heilverfahren zugeführt werden.

Nähere Vorschriften über Krankenbehandlung (und Berufsfürsorge) ergingen in der bereits genannten Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 14. 11. 1928, die sich teils auf die bisherige Übung und die langjährigen Erfahrungen der Versicherungsträger stützt, teils die Ergebnisse berücksichtigt, die bei der Durchführung des Reichsversorgungsgesetzes (§ 7) erzielt worden waren. Hiernach (§ 16 der Vo.) wird die Krankenbehandlung solange gewährt, als sie eine Besserung der Verletzungsfolgen oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt, oder solange, wie besondere Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben.

Maßnahmen und Einrichtungen.

Die Versicherungsträger müssen alle Maßnahmen treffen und Einrichtungen schaffen, durch die eine möglichst bald nach dem Unfall einsetzende schnelle und sachgemäße Durchführung der Krankenbehandlung insbesondere auch, soweit nötig, eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung gewährleistet wird. (§ 33 I Vo. des RAM).

Soweit die Durchführung einer diesen Erfordernissen entsprechenden Versorgung der Unfallverletzten schon von anderer Seite her gewährleistet ist, sollen die Versicherungsträger von der Schaffung neuer eigener Einrichtungen absehen. (§ 33 II Vo.).

Unbeschadet der gesetzlichen Verantwortlichkeit des Versicherungsträgers für die Durchführung des Heilverfahrens sollen die Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den sonstigen an der Durchführung des Heilverfahrens beteiligten Stellen durch Arbeitsgemeinschaften und den Abschluß von Abkommen geregelt werden. (§ 33 III Vo.).

Das Reichsversicherungsamt kann mehrere Bgen und Versicherungsgenossenschaften anhalten, gemeinsame Maßnahmen oder Einrichtungen zur Durchführung von Krankenbehandlung zu treffen. Kommen diese Maßnahmen oder Einrichtungen aber nicht in der von ihm bestimmten Frist zustande, so kann es sie selbst treffen und die Kosten auf die beteiligten Versicherungsträger umlegen. (§ 34 I Vo.).

Ärztliche Behandlung.

Die ärztliche Behandlung wird durch approbierte Ärzte geleistet und umfaßt nur dann Hilfeleistung durch andere Personen, wie Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure und dgl., wenn der Arzt sie anordnet, oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt zugezogen werden kann. (§ 122 RVO).

Heilmittel.

Für die Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln bestehen keine gesetzlichen Beschränkungen, doch müssen sich die Leistungen im

Rahmen des Zweckmäßigen bewegen, und auch hier gilt wie in der Krankenversicherung, daß nicht teure Mittel gefordert werden können, wo der gleiche Erfolg mit billigen Mitteln erreicht werden kann.

Hilfsmittel.

Die Körperersatzstücke, orthopädischen und anderen Hilfsmittel müssen erforderlich sein, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern. (§ 558 b 2. RVO).

Was im einzelnen darunter zu verstehen und dazuzurechnen ist, sagen ausführlich die den Bestimmungen der Reichsversorgung nachgebildeten §§ 3—17 der Vo. des RAM vom 14. 11. 1928.

Hilfsmittel sind stets „in natura" zu liefern. Das Material muß dauerhaft und dem Verwendungszweck angepaßt sein, sodaß das Ersatzstück wirklich ein Hilfsmittel bei der Arbeit darstellt. Ersatz und Instandsetzung erfolgt auf Rechnung des Versicherungsträgers. An den wertvollen Hilfsmitteln kann er sich das Eigentum vorbehalten.

Welches Hilfsmittel, und wann es zu gewähren ist, richtet sich nach dem einzelnen Fall, es wird gewährt, sofern und solange es eine Besserung der Verletzungsfolgen oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt, oder so lange, wie besondere Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben.

> Nachdem 1925 schon der Verband der deutschen Bgen „Gesichtspunkte für die Gewährung von Hilfsmitteln" aufgestellt hatte, gab er zusammen mit dem Verband der deutschen landwirtschaftlichen Bgen im Februar 1930 „Berufsgenossenschaftliche Richtlinien für die Gewährung von Hilfsmitteln" heraus. Sie enthalten allgemeine Bestimmungen über das Maß des Notwendigen bei der Gewährung und Ausstattung, über die Behandlung, die Neuanfertigung, die ärztliche Überprüfung und die Regelung der Ersatzanschaffungen und zuletzt über die Berücksichtigung des Mehrverschleißes an Kleidern, Wäsche, Schuhwerk, der durch die Benutzung von Hilfsmitteln entsteht. Ferner gehen die Richtlinien im besonderen noch sehr ausführlich auf einzelne Arten von Hilfsmitteln ein. Zum Schluß befassen sie sich mit Anleitungen zur pfleglichen Behandlung und geben außerdem Anweisungen an die Hersteller.

Gewährung von Pflege.

Pflege ist zu gewähren, solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann. (§ 558 c RVO).

Die Pflege besteht

1) in der Erstellung der erforderlichen Hilfe durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder auf andere geeignete Weise (Hauspflege) — oder
2) in der Zahlung eines Pflegegeldes von Rm. 20.— bis 75.— monatlich.

Auf Antrag des Verletzten muß Hauspflege gewährt werden, wenn die Übernahme der Hilfe und Wartung Angehörigen des Verletzten

wegen Krankheit, Kinderzahl oder aus einem anderen Grund billigerweise nicht zugemutet werden kann.

Eine genaue Abgrenzung, wo Einsatz fremder Pflege erforderlich wird, läßt sich jedoch nicht geben.

„Einem Verletzten die notwendige Hilfe angedeihen zu lassen, ist nach der ständigen Rechtsprechung des RVA sittliche Pflicht der Angehörigen, die mit ihm in Familiengemeinschaft leben. Ihnen wird vom Gesetzgeber ein gewisses Maß von Fürsorge für den Verletzten ohne besondere Entschädigung zugemutet. So hilflos, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist der Verletzte nicht schon dann, wenn er für gewisse einzelne Verrichtungen, sei es auch regelmäßig, auf fremde Hilfe angewiesen ist, sofern sich diese Hilfeleistungen ohne besondere Schwierigkeiten und Aufwendungen beschaffen lassen, sondern erst dann, wenn er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr imstande ist und deshalb seine Pflege dauernd eine fremde Arbeitskraft ganz oder doch in erheblichem Umfang erfordert." (A. N. 1902, S. 181).

Heilanstaltspflege.

Die Bg k a n n als Krankenbehandlung freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltspflege) (und als Pflege: freien Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt [Anstaltspflege]) gewähren. (§ 558b, RVO).

Dafür bedarf es der Zustimmung des Verletzten, wenn er einen eigenen Hausstand hat oder Mitglied des Haushaltes seiner Familie ist. Seiner Zustimmung bedarf es nicht, wenn

1) die Art der Verletzung eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Verletzten nicht möglich ist,
2) die Krankheit ansteckend ist,
3) der Verletzte wiederholt den Anordnungen des behandelnden Arztes oder der Krankenordnung zuwidergehandelt hat,
4) der Zustand oder das Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

Gewährung von Heilanstaltspflege ist also eine Kannbestimmung, an der allerdings der Versicherungsträger gegebenenfalls meist selbst ein Interesse hat. Heilanstaltspflege ist die weitestgehende Form der Krankenbehandlung. Daher entfallen neben ihr sämtliche etwa sonst noch bestehenden Ansprüche des Verletzten gegenüber der Krankenkasse. (§ 559 i.) Weiterhin als anspruchsberechtigte Leistungen können ihm nur noch einerseits Körperersatzstücke oder Hilfsmittel (diese sind Leistungen der Krankenbehandlung) gewährt werden, andererseits für die von ihm bisher unterhaltenen Angehörigen ein Hausgeld. Dem Unfallverletzten ohne Angehörige, sofern er nicht auch krankenversichert ist, steht ein geringes Tagegeld zu. Im Interesse der Förderung des Gesundungsprozesses liegt es, daß den Verletzten möglichst nicht noch Sorgen um das Wohl seiner Angehörigen beunruhigen oder seelisch niederdrücken. Deshalb sieht § 559e II RVO vor: Die Genossenschaft kann — durch die Satzung allgemein, sonst bei Bedürftigkeit — dem Verletzten, der in

einer Heilanstalt oder Pflegeanstalt untergebracht ist, und seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung gewähren.

Ebenso wichtig und von Einfluß auf die schleunige Wiederherstellung ist der Umstand, daß während des Heilverfahrens nicht eine hemmend wirkende Unterbrechung oder Änderung eintritt. Haben Kk oder Träger der Unfallversicherung einen Verletzten in einer Anstalt mit genügenden Heileinrichtungen[66]) untergebracht, so darf er während des Heilverfahrens ohne seine Zustimmung in keine andere Anstalt gebracht werden. Das Versicherungsamt des Aufenthaltsortes kann die Zustimmung ersetzen. (§ 605 RVO).

Erneutes Heilverfahren.

Die Bg kann jederzeit nach Beendigung der ersten an die Unfallverletzung sich anschließenden Heilbehandlung ein neues Heilverfahren einleiten, wenn zu erwarten steht, daß es die Erwerbsfähigkeit des Unfallrentners erhöht. (§ 603 RVO). Es muß aber in begründeter Weise eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vermuten lassen; so rechtfertigt auch die bloße Befürchtung einer späteren Verschlimmerung nicht die alsbaldige Durchführung eines neuen Heilverfahrens gegen den Willen des Verletzten. (A. N. 1889, S. 358).

Berufskrankheit.

Soweit das Recht der Unfallversicherung das Heilverfahren betrifft, hat es zum Ausgangspunkt die Unfallverletzung. Mit der Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung sind diese den Unfallerkrankungen gleichgestellt; seitdem gilt daher auch für ihre verfahrensrechtliche Behandlung im allgemeinen dasselbe.

Die Besonderheiten wurden bereits oben, im Kapitel über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten, näher ausgeführt.

Berufsfürsorge.

Früher bestand die Leistung der Bg in der Gewährung einer Rente und in der Gewährung von Krankenbehandlung. Darüber hinaus war die Bg auch ermächtigt, im Einzelfalle Berufsfürsorge auszuüben. Mit dem 2. Änderungsgesetz trat nun als dritte Pflichtleistung die Berufsfürsorge hinzu, die in jedem Bedarfsfalle zu gewähren ist. (§ 558 RVO).

Krankenbehandlung und Berufsfürsorge haben beide das Ziel, den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufs oder, wenn das nicht möglich ist, zur Aufnahme eines neuen Berufs zu befähigen und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle zu verhelfen. (§ 558 a RVO). Sie ergänzen sich also, d. h. dort, wo die Krankenbehandlung allein zur Erwerbsbefähigung und zur Wiedererlangung der alten oder einer neuen Arbeitsstelle noch nicht ausreicht, setzt die Berufsfürsorge ein, die gege-

[66]) Die Heileinrichtungen müssen für jedes Stadium der Heilbehandlung genügen. – Auf den Begriff der Heilanstalt mit genügenden Heileinrichtungen wird später noch eingegangen werden.

benenfalls auch eine Umschulung einschließt. Sie umfaßt (nach § 558 f RVO):

1) Berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit, insoweit der Verletzte durch den Unfall in der Ausübung seines Berufs oder eines Berufs, der ihm billigerweise zugemutet werden kann, wesentlich beeinträchtigt ist, nötigenfalls Ausbildung zu einem neuen Beruf,
2) Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle.

Nähere Vorschriften erließ hierzu auf Grund der Ermächtigung des § 558g RVO der RAM in der bereits angeführten Vo. über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge vom 14. 11. 1928. In ihrem zweiten Abschnitt beschäftigt sie sich mit der Berufsfürsorge und ergänzt die gesetzlichen Rahmenbestimmungen nach drei Richtungen:

1) bestimmt sie näher Inhalt, Umfang und Voraussetzung der Berufsfürsorge (§§ 18, 19, 20 I II),
2) regelt sie das Verhältnis zur Schwerbeschädigtenfürsorge und zur öffentlichen Arbeitsvermittlung.

   Die Vorschriften des Schwerbeschädigtengesetzes läßt zwar § 558 g II RVO ausdrücklich unberührt; nach dieser Vo. ist jedoch in erster Linie der Unfallversicherungsträger für die Durchführung der Berufsfürsorge verantwortlich. Ihm wird die Leitung des Verfahrens übertragen, Es bleibt ihm unbenommen, die Berufsfürsorge selbst durchzuführen. Er kann aber die Hilfe der Hauptfürsorgestellen, für die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung auch die Hilfe der Arbeitsämter in Anspruch nehmen. Unter bestimmten Voraussetzungen wird er verpflichtet, sich an diese Stellen zu wenden. Es wird so gleichzeitig erreicht, daß die Erfahrungen, die den Hauptfürsorgestellen und den Arbeitsämtern zur Verfügung stehen, für die Berufsfürsorge an Unfallverletzten nutzbar gemacht werden.
3) Wird das Verfahren über Berufsfürsorge und das Verfahren bei Streit zwischen den an der Durchführung beteiligten Stellen und das Meldewesen behandelt.

c) Verpflichtungen des Versicherten.

Hat der Verletzte eine Anordnung, welche die Krankenbehandlung betrifft (oder eine sonstige Verpflichtung), ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht befolgt, und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er auf diese Folge hingewiesen worden ist. (§ 606 RVO).

Dies gilt nicht nur für die Einleitung eines neuen Heilverfahrens, sondern vor allem auch in den Fällen, in denen nur freie ärztliche Behandlung neben der Rente wie auch dann, wenn die Heilanstaltspflege anstelle der Krankenbehandlung unter Fortfall der Rente gewährt wird. In der Hauptsache handelt es sich hier jedoch um die Einweisung in eine Heilanstalt.

Grundsätzlich ist zu bemerken, daß der Verletzte sich allen Heilmaßnahmen insoweit zu unterziehen hat, als sie ungefährlich sind, wobei ihm die Duldung gewisser Schmerzen zu Heilzwecken unter Umständen

zugemutet werden darf. Die Verletzten sind also gehalten, sich beispielsweise die erforderlichen Verbände anlegen zu lassen, die verordnete Arznei zu gebrauchen, sich einer gebotenen Massage zu unterwerfen und sich der angeordneten Hilfsmittel zu bedienen, deren Gebrauch die Heilung fördern soll.

Die Frage der Verpflichtung zur Duldung einer Operation ist nicht absolut ein für allemal zu entscheiden. Es kommt hierbei jeweils auf den Einzelfall an. Die Verweigerung wird stets dann als unzulässig anzusehen sein, wenn das Sachverständigengutachten unter vorhersehbaren Umständen eine Gefährlichkeit der Operation nach ärztlichem Ermessen verneint, wenn keine nennenswerten Schmerzen mit der Operation verbunden sind und vor allem eine Wiederherstellung oder eine erhebliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit mit Sicherheit zu erwarten ist.

Die Rechtsauffassung war hier, da es sich hier immer um Auslegung des Gesetzes handelt, stets einem Wandel unterworfen und entsprach jeweils den sittlichen Anschauungen ihrer Zeit.

Im vergangenen Jahrhundert wurde die Zumutung einer Operation als schwerster Eingriff in die persönliche Rechtssphäre grundsätzlich abgelehnt. Nach der Jahrhundertwende lockerte sich dann später, besonders als Folge des Krieges, diese starre Auffassung dahin, daß eine Verweigerung von Eingriffen, die der Besserung eines zur Entschädigung berechtigenden Zustandes dienen sollten, für unberechtigt erklärt wurde, sofern sie sich als mißbräuchliche Ausnutzung des Entschädigungsanspruchs darstellte. Ungefährliche Eingriffe, die wesentliche Besserung mit sich brachten und keine besonderen Schmerzen des Eingriffs selbst oder der Nachbehandlung erwarten ließen, waren zu dulden, wenn sich dadurch eine fühlbare Entlastung der Entschädigungspflichtigen erzielen ließ [67]).

Heute ist bei dieser Frage abzuwägen zwischen den Interessen des einzelnen und denen der Gesamtheit. Da letzten grundsätzlich der Vorzug zu geben ist, so muß selbst „ein gewisser Gefahrengrad als zumutbar anerkannt werden, wenn sich durch den Eingriff eine erhebliche Entlastung der Allgemeinheit erzielen läßt. Insoweit ist es auch richtig, mit dem Oberversicherungsamt Dortmund von Opfern zu sprechen, die der einzelne der Gesamtheit schuldet. Damit entfällt die vom Versicherten so häufig geforderte „Garantie", jedenfalls als Bescheinigung völliger Risikolosigkeit. Natürlich trägt aber die Bg eine Garantie in dem Sinne, daß sie für die Folgen eines etwaigen unglücklichen Ausgangs als mittelbare Folge des Betriebsunfalls eintritt." [68])

Nach wie vor ist aber unter allen Umständen der Grad der zu erwartenden Besserung zu berücksichtigen, zu dem einerseits die Schwere der für die Allgemeinheit zu erwartenden Belastung und andererseits das von dem Verletzten geforderte Opfer in Beziehung zu setzen sind.

Während der Krankenbehandlung ist das Verhalten der Verletzten von wesentlichem Einfluß auf den Erfolg des Heilverfahrens. Daher erhielt der Versicherungsträger das Recht, eine Krankenordnung aufzu-

---

[67]) Siehe auch: Levin: Zur Frage der Operationsduldung, Bg 1931, Sp. 177.

[68]) Seele, H.: Die Pflicht zur Duldung von Operationen, Bg 1935, S. 139.

stellen, die das Verhalten der Verletzten regelt [69]). (In der Krankenversicherung ist der Erlaß einer Krankenordnung dagegen bindend vorgeschrieben.) Bei Verstößen der Verletzten gegen die Krankenordnung können nach §§ 35, 38 der Vo. d. RAM vom 14. 11. 28 Ordnungsstrafen bis zu RM 20.— verhängt werden. Verstöße gegen die Krankenordnung und dazu gegen die Bestimmungen über das Verhalten unmittelbar nach dem Unfall können zur Versagung der Renten (nach § 606 RVO) führen. Der Verletzte muß aber zuvor auf diese entschädigungsrechtlichen Folgen seines Handelns hingewiesen worden sein.

Die Rente wird nur dann versagt, wenn der Verletzte durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt hat. Die nachteiligen Folgen der Zuwiderhandlung brauchen nicht schon gleich in Erscheinung getreten zu sein, es genügt, daß eine ungünstige Beeinflussung für die Zukunft anzunehmen (nicht bloß möglich) ist.

Die Versagung des Schadenersatzes ist immer nur auf Zeit möglich.

d) Verhältnis und Beziehungen zur Krankenversicherung.

Das bgl. Heilverfahren beruht nicht nur auf Rechtsbestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes, sondern da die Kk bei jedem Erkrankungsfall stets zuerst eingeschaltet ist und der Unfallversicherungsträger erst nach Prüfung des Falles evtl. mit einem eigenen Heilverfahren eintritt, sind in natürlicher Weise gerade zwischen Unfall- und Krankenversicherungsträgern die Beziehungen im Sozialversicherungsrecht besonders eng und vielfältig ausgebaut. Es ist daher das Wichtigste daraus, soweit es das Heilverfahren von Unfallverletzten betrifft, hier hervorzuheben.

Die Kkn sind verpflichtet, die Träger der Unfallversicherung (gegen angemessene Entschädigung) bei der Durchführung der Unfallversicherung zu unterstützen. (§ 1501 RVO).

Der Unfallversicherungsträger kann jederzeit von der Kk Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten verlangen. (§ 1502 RVO).

Die Kk hat jede mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit eines gegen Unfall Versicherten dem Träger der Unfallversicherung unverzüglich anzuzeigen, sobald anzunehmen ist, daß die Krankheit Folge eines Betriebsunfalls ist. Bei Wiedererkrankung ist die Anzeige auch dann zu erstatten, wenn die Krankheit Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hat. (§ 1503 RVO).

Der Unfallversicherungsträger kann mit der Durchführung der Krankenbehandlung und mit der Gewährung der während der Krankenbehandlung ihm obliegenden Geldleistungen an den Verletzten oder seine Angehörigen eine Kk in dem Umfange beauftragen, den er für geboten hält. Welche Kk er beauftragen kann, sagen die „Bestimmungen des Reichsversicherungsamts über die Beauftragung von Krankenkassen durch die Träger der Unfallversicherung" vom 27. 11. 1925 (A.N. S. 351). Es kann dies auch eine Kk sein, welcher der Verletzte nicht angehört.

[69]) Zur Aufstellung einer Krankenordnung ist es mangels eines dringenden Bedürfnisses bisher allerdings noch nicht gekommen.

Wichtig für die Förderung der Heilbehandlungsmaßnahmen ist auch die interne Leistungsabgrenzung zwischen Unfallversicherung und Krankenversicherung. Sie war früher durch die §§ 1505 u. 1506 RVO geregelt, die für die Ersatzleistungen eine Trennung und unterschiedliche Behandlung von wiederkehrenden Geldleistungen vorschrieben. Zwar gingen die Aufwendungen für das Heilverfahren grundsätzlich zu Lasten des Unfallversicherungsträgers; die Kk erhielt aber für ihre Aufwendungen im Heilverfahren dann keinen Ersatzanspruch gegen die Bg, wenn der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld aus der Krankenversicherung vor Ablauf der 8. Woche wegfiel, und die Aufwendungen gingen dann, soweit sie den Rahmen der Krankenversicherungsleistungen nicht überschritten, zu Lasten der Kkn. Dieser Zeitpunkt spielt deswegen eine gewisse Rolle in den auf das Heilverfahren gerichteten Maßnahmen der Bgen, denen mit dieser Bestimmung ein Anreiz zu möglichst schneller Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vor der 9. Woche gegeben war.

Eine Änderung und Vereinfachung brachte hier aber die „Verordnung über die Regelung der Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Unfallversicherung vom 15. 6. 36" (RGBl. I. S. 489). Sie beseitigte die verschiedenartige Regelung des Ersatzes von Aufwendungen für das Heilverfahren und Aufwendungen für wiederkehrende Geldleistungen, die unübersichtlich war und zu zahlreichen Ersatzstreitigkeiten Anlaß bot.

Die neue Regelung führte den sog. „glatten Schnitt" durch, indem sie bestimmte, daß während der ersten 45 Tage nach dem Unfall die Aufwendungen für das Heilverfahren und für wiederkehrende Geldleistungen in jedem Fall zu Lasten der Kkn gehen, soweit die Kkn nicht mehr leisten, als zu leisten sie auf Grund des Gesetzes verpflichtet sind. Im übrigen fallen die Aufwendungen dem Träger der Unfallversicherung zur Last.

Damit ist der Anreiz für die Bgen zur schnellen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Unfallverletzten nur noch verstärkt worden.

Die Bestimmungen über die Beziehungen zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung dienen den gegenseitigen Interessen der Versicherungsträger. Sie sind nicht unmittelbar von Einfluß auf das Heilverfahren, berühren es aber.

Nach § 1522 RVO muß der Unfallversicherungsträger, wenn er einem Rentenempfänger der Invalidenversicherung eine Rente oder Heilanstaltspflege aus der Unfallversicherung gewährt, oder wenn hierin Änderungen eintreten, dies der Versicherungsanstalt unverzüglich mitteilen.

Andererseits: Gewährt die Versicherungsanstalt wegen einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, ein Heilverfahren, das den Eintritt der Invalidität verhindert oder sie beseitigt, so ist der Träger der Unfallversicherung der Versicherungsanstalt ersatzpflichtig für die Kosten des Heilverfahrens, wenn auch er dadurch entlastet worden ist. (§ 1524 RVO).

Ersatzpflichtig ist der Unfallversicherungsträger auch dann, wenn das Heilverfahren der Versicherungsanstalt zwar nicht diesen Erfolg hat, den Unfallversicherungsträger aber entlastet. (§ 1525 RVO).

Die gesetzlichen Beziehungen zu anderen Verpflichteten wie etwa zu den Gemeinden und den Trägern der Armenfürsorge betreffen nur Ersatzansprüche, sind aber ohne weitere Bedeutung für das Heilverfahren selbst und können deshalb hier übergangen werden.

II. Praxis und Organisation.

Die Darstellung des Rechts anhand der gesetzlichen Bestimmungen zeigt uns nur die Grundlagen, auf denen die bgl. Heilfürsorge sich aufbaut. Das Gesetz an sich ist etwas Starres; nur im Verlauf der Entwicklung offenbart sich der Geist des Gesetzes. Lebendige Ausgestaltung aber erfährt es erst in der Anwendung und bei der Auswertung in der Praxis. Sie hier nicht zu berücksichtigen, hieße den Stoff der bgl. Heilfürsorge nur unvollständig behandeln. Wir haben daher noch die praktische Seite der bgl. Heilfürsorge, speziell das Unfallheilverfahren zu untersuchen.

In Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben mußten die Unfallversicherungsträger auch die Organisation schaffen, deren sie sich zur Durchführung eines stets wirksameren Heilverfahrens bedienten. Mag diese auch ihrerseits wieder neues Recht haben entstehen lassen, sie kommt aus der Praxis und ist ein Teil von ihr, Praxis und Organisation greifen ineinander und bedingen sich gegenseitig, sie werden daher im folgenden gemeinsam aufzuzeigen sein.

1. Bedeutung und Wert des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens.

Bereits im Jahre 1885, also schon in den Anfängen der Reichsunfallversicherung, beschäftigten sich einige rührige Bgen mit dem Heilverfahren, das die Kkn ihren Unfallverletzten angedeihen ließen. Diese besondere Sorge hatte ihren guten Grund: denn reichte das Heilverfahren nicht aus, den Verletzten in den ersten 13 Wochen wiederherzustellen, so mußten für alle weiteren Ersatzansprüche des Geschädigten die Bgen eintreten. Auf ihnen lasteten alle Kosten der weiteren Heilbehandlung und der Rente für die Erwerbsunfähigkeit. Die Leistungspflicht der Kkn war begrenzt, die der Bgen universal. So erklärt sich ihr besonderes Interesse sowohl an der frühzeitigen wie an der vollständigen Wiederherstellung des Unfallverletzten. Da die Leistungen der Kkn auch sachlich begrenzt waren, zeigten viele Bgen sich bestrebt, nicht nur von der 14. Woche an alles in ihren Kräften Stehende für die Heilung zu tun, sondern auch schon in der Wartezeit das Heilverfahren nach Möglichkeit zu unterstützen, um auf diesem Wege seinen Erfolg zu verbessern und seine Dauer abzukürzen. Z. T. gingen sie dazu über, nach einer Vereinbarung mit den in Frage kommenden Kkn in bestimmten Fällen das Heilverfahren frühzeitig, möglichst zu Beginn schon, selbst zu übernehmen.

Nachdem nun 1925 der Gesetzgeber für das Heilverfahren vom Unfalltage an die ganze Verantwortung grundsätzlich den Bgen auferlegt und sie außerdem verpflichtet hatte, in den geeigneten Fällen das Heilverfah-

ren selbst sofort zu übernehmen, hat die Entwicklung bestätigt, daß die Bgen tatsächlich imstande sind, ein wirksameres Heilverfahren durchzuführen.

Die Ursache ist, wie schon angedeutet, das — gegenüber den Kkn — viel weitergehende Interesse der Bgen an der vollkommenen Heilung der Verletzung.

Die Gründe, die einen solchen Vorsprung rechtfertigen, sind zahlreich. Sie liegen vor allem in den unterschiedlichen Möglichkeiten, die den beiden Versicherungsträgern zur Ausgestaltung ihrer Heilfürsorge zur Verfügung stehen.

Kraft ihrer gesetzlichen Leistungspflicht sind die Bgen viel mehr als die Kkn gehalten, sich um jeden einzelnen Versicherungsfall zu kümmern, d. h., ihn in seiner Entstehung und in seinem Verlauf zu verfolgen. Sie machen ihre besonderen Erfahrungen über die Entstehung der Erkrankung im Zusammenhang mit dem Unfall, sie sehen, welchen Verlauf die Heilungen im einen Krankenhaus nehmen, und wie sich dazu die Ergebnisse gleichartiger Sonderfälle in einem anderen Krankenhaus verhalten. Es gibt Fachärzte, die sich nicht eignen, und solche, die für Unfallverletzungen ein besonderes Interesse hegen. Es gibt Methoden, neue und altbewährte, die bessere Ergebnisse erzielen lassen, die deswegen aber noch nicht Allgemeingut der Ärzte geworden zu sein brauchen.

Die Bgen sind kraft ihrer Aufgaben und begünstigt durch ihre weite räumliche Ausdehnung leicht in der Lage, eine große Menge an Tatsachenmaterial und an Kenntnissen auf dem Spezialgebiet der Unfallerkrankungen zu sammeln und in gemeinsamer Arbeit in jeder Hinsicht nutzbringend auszuwerten.

Schon in der Auswahl der Verletzungen — der schweren haben sich die Unfallversicherungsträger seit frühester Zeit angenommen — besitzen sie eine gewisse Erfahrung, die sie den Kkn voraushaben. Durch ständige Vergleiche der Heilentwicklung, durch fortlaufende Kontrolle der Unfallverletzten vom Tage des Unfalls an noch über die Genesung hinaus gewinnen sie aufgrund der eigenen Beobachtung und zwar vor allem der Einwirkung der Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit ein Urteil über Art und Wert des Heilverfahrens. „Nur wer auf das Genaueste das Ergebnis des Heilverfahrens bis zur völligen Wiederherstellung des Unfallverletzten oder bis zu seinem Tode, also Jahre, unter Umständen Jahrzehnte lang, kennen lernt, kann den Wert des Heilverfahrens beurteilen.“ [70])

Aber noch etwas anderes kommt zu diesem Vorzug hinzu, das ist: die Zusammenarbeit mit dem Arzt.

Soll das bgl. Unfallheilverfahren wirksamer sein als das Heilverfahren, das sonst von seiten der Kk durchgeführt wurde, so müssen hierfür schon gewisse Voraussetzungen gegeben sein. Nicht die Mittel allein machen den Erfolg aus, sondern im wesentlichen hängt das Ergebnis von ihrer Auswahl und Anwendung ab. Daher kommt es nicht allein auf die finanzielle Fähigkeit und den guten Willen der Bg an, vielmehr stellt den bestimmenden Hauptfaktor des bgl. Heilverfahrens der erfahrene Facharzt dar.

---

[70]) Lohmar: Hdb. d. gesamten Unfallheilkunde, a. a. O., S. 410.

In der Krankenversicherung besteht für den Erkrankten unter den zugelassenen Ärzten die freie Wahl. Bei der Unfallversicherung ist eine solche Handhabung unmöglich. Hier will ja die Bg das Heilverfahren gerade fördernd beeinflussen. So geht es nicht an, daß sie nur die sachlichen Mittel dazu bereitstellt, im übrigen aber ohne Einfluß auf ihre zweckdienlichste Anwendung bleiben sollte. Solche Maßnahmen wären unvollständig und hier unzureichend. Daher gilt gerade für die Träger der Unfallversicherung der Rechtssatz: „Ein immanenter Bestandteil der Befugnis und erst recht der Verpflichtung der Bgen. dem Verletzten ein nach Maßgabe des Falles geeignetes besonderes Heilverfahren zu gewähren, ist das Recht der Bgen, ihrerseits den Arzt (bzw. die Heilanstalt) für die Behandlung zu bestimmen." [71]) Wer könnte dafür bürgen, daß der Unfallerkrankte von sich aus sofort zu dem in seinem Falle allein geeigneten Arzt den Weg findet. Wenn die Bgen schon das Recht in Anspruch nahmen, ihrerseits den Arzt zu wählen, so taten sie das aus gutem Grund, und sie bedienten sich dieses Rechts unter ganz bestimmten eigenen Gesichtspunkten. Ihre Erfahrungen hatten gezeigt, daß Arzt nicht gleich Arzt ist, daß auch nicht jeder Facharzt die Unfallverletzung im Sinne der Bgen behandelt.

Wie aber die Vo. des RAM vom 14. 11. 1928 (§ 33) näher ausführt und besimmt, sind die Bgen verpflichtet, für eine möglichst bald nach dem Unfall einsetzende schnelle und sachgemäße Durchführung der Krankenbehandlung zu sorgen, insbesondere auch, soweit nötig, eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Und in Nr. 10 der „Berufsgenossenschaftlichen Anforderungen an die zur Behandlung Schwerstunfallverletzter zuzulassenden Heilanstalten" ist bestimmt: Die Fachärzte müssen Unfallmediziner sein, d. h. in der Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzten besondere Erfahrung haben.

„Unfallmedizinische Eignung", „Unfallmedizin" und „Unfallmediziner" sind Begriffe, die erst mit dem Wirken der sozialen Unfallversicherung entstehen konnten. Nach Kaufmann [72]), dem Altmeister auf diesem Gebiet, ist „Unfallmedizin" die Medizin im Dienste der Unfallversicherung, „Unfallmediziner" der Arzt, der in diesem Dienst steht. Bei Unfallmedizin handelt es sich, wie Lohmar betont, nicht nur um die Heilbehandlung, sondern auch um die Begutachtung, und zwar 1) um die Beurteilung der Unfallentstehung oder -verschlimmerung von Krankheiten, vor allem von solchen, die in der Regel ohne Mitwirkung eines Unfalls entstehen oder verlaufen, — und 2) um die Beurteilung der Einwirkung von Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit.Unfallmediziner sind alle Ärzte, die in größerem Umfang, mit besonderen Erfahrungen und mit besonderem Interesse sich der Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzungen und unfallversicherten Berufskrankheiten widmen.

Stehen nun schon Fachärzte überhaupt vielfach nicht ohne weiteres zur Verfügung, so trifft das erst recht zu für unfallmedizinisch erfahrene Fachärzte. Es ist daher für die Bgen keine kleine Aufgabe, auch nur in

---

[71]) Roewer: Über das bgl. Heilverfahren, in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, 35. Jg. 1928, N. 6.

[72]) Kaufmann: Hdb. der Unfallmedizin.

den Fällen der schwersten Verletzungen die beste Behandlung sicherzustellen. Eher als jeder andere sind allerdings sie dazu berufen. Während der Unfallverletzte trotz aller gebotenen Eile erst irgendeinen Arzt, der ihn behandeln soll, ausfindig machen müßte, ohne zu wissen, welche Gesichtspunkte bei der Auswahl in seinem Fall ausschlaggebend sind, kann die Bg sofort und weit besser beurteilen, wo ein Heilverfahren schneller und sachgemäßer durchgeführt wird; denn die Kenntnis von dem Grad der unfallmedizinischen Eignung der praktizierenden Ärzte ist ein wesentlicher Bestandteil sinnvoller und erfolgreicher bgl. Heilfürsorge, ja sie ist eine unerläßliche Voraussetzung dafür. In unfallmedizinischen Fragen autoritäre Entscheidungen zu treffen, ist in erster Linie Sache der Bg, sie ist dazu am ehesten in der Lage. Denn das Gebiet der Unfallmedizin verdankt seine Entstehung ja gerade der gründlicheren Befassung mit den Unfallverletzungen, — als Folge eben der Unfallversicherung. Mit dem wirksamen Zusammenarbeiten zwischen Unfallversicherungsträgern und Ärzten wächst seine Bedeutung.

Wiederum ist auch die Arbeit der Unfallversicherungsträger nicht denkbar ohne die Mitarbeit der Ärzteschaft. Die Bgen sind vor allem deshalb auf diese Mitwirkung angewiesen, weil sie von dem Arzte eine ganz besondere Eignung, Kenntnis und Erfahrung voraussetzt. Arzt und Bg stehen daher in einem Verhältnis der wechselseitigen Einwirkung. Die gesteigerten Erkenntnisse wissenschaftlicher Forschung kommen einerseits den Bgen zugute bei der Beurteilung der Frage, was Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist, und diese werden dadurch gezwungen, verwaltungsmäßig eingehender und wissenschaftlicher jeden Unfall zu prüfen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, scheinbare Zusammenhänge anzuerkennen und sich unbegründet mit Rente zu belasten. Nicht zum wenigsten aus diesem Grund finden sich in den alten Akten der Bgen zahlreiche Fälle als Entschädigungsfälle, die nach den jüngeren Erfahrungen der Wissenschaft eine Rente nicht erhalten würden. Andererseits spornt das Suchen der Bg nach dem ursächlichen Zusammenhang der Erscheinungen und das Streben, den Verletzten bestmöglich zu seiner Arbeit wiederherzustellen, die Ärzte zu weiterem wissenschaftlichen Forschen und zu praktischen Versuchen an.

Am besten findet dieser Fortschritt dort seinen Ausdruck, wo sich das Unfallmaterial sammeln läßt und die Behandlung streng unter unfallmedizinischen Gesichtspunkten stattfindet. Insbesondere sind dies die Unfallkrankenhäuser, die sich speziell mit Unfallverletzungen befassen. Hier ist es möglich, die überkommenen Behandlungsmethoden nachzuprüfen und zur Verbesserung dieser Methoden fortzuschreiten. Ohne die Unfallversicherungsgesetzgebung und ohne die Konzentration von Unfallverletzten in gewissen Heilanstalten wäre es schwerlich zu diesem Fortschritt gekommen. Zusammengefaßtes heilverfahrensstatistisches Material über die verschiedenen, unterschiedlichen Heilergebnisse liegt leider nicht vor. So lassen sich hier auch keine Vergleiche ziehen zwischen den Ergebnissen bei den Sozialversicherungsträgern im allgemeinen und auch nicht solche über den Erfolg neuerer Methoden oder sonstiger besonderer Behandlung bei den Unfallversicherungsträgern.

Es sei darum auf eine ältere, deswegen aber doch aufschlußreiche

statistische Zusammenstellung des zerstreuten Zahlenmaterials hingewiesen, die von Lohmar stammt. Er führt an [73]):

„Während nach einer gesamtösterreichischen Statistik für 1910/11 z. B. Unterschenkelbrüche (ohne die Verletzungen des Knies und des Sprunggelenks) in 63% eine dauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit (im Durchschnitt etwa um ein Drittel) zurückließen, heilte in neuerer Zeit das Unfallkrankenhaus in Wien (Dr. Böhler) die Unterschenkelbrüche mit dem Erfolge, daß nur 10% im Endzustande Rente erforderten. Das bgl. Krankenhaus Bergmannsheil in Bochum (Prof. Magnus) wies in fünfjährigem Durchschnitt von den unkomplizierten Unterschenkelbrüchen schon zwei Jahre nach dem Unfall 86% rentenfreie Fälle auf, während eine rheinische Bg auch in ihrem statistisch günstigsten Bezirke nach zwei Jahren nur 50% rentenfreie Unterschenkelbrüche (unkomplizierte) zählte. Ein lehrreicher Beleg aus neuerer Zeit: In Bd. 26, Heft 1 des „Archivs für orthopädische und Unfall-Chirurgie" berichtet Hofrat Dr. med. Kutschera von der um das Unfallheilverfahren besonders bemühten Arbeiterunfallversicherungsanstalt in Graz über die Erwerbsverminderung nach Brüchen der langen Röhrenknochen. Er vergleicht die günstigen Ergebnisse des Krankenhauses Bergmannsheil (Dr. med. Scheffler, Beobachtungen und Ergebnisse einer fünfjährigen Frakturenbehandlung, Bd. 24, 3 a. a. O.) mit denjenigen im Bereiche seiner Unfallversicherungsanstalt, um zunächst zu erschrecken über die weit ungünstigeren Ergebnisse in Graz (d. h. in der Steiermark und in Kärnten), dann aber bei näherer Untersuchung die Erklärung in folgendem zu finden: Zwar ist das Gesamtergebnis in Graz weit ungünstiger als in Bochum. Von den gesamten Oberschenkelbrüchen waren rentenfrei nach einem Jahr in Bochum 30,9%, in Graz dagegen nur 4,9%; nach zwei Jahren in Bochum 56,7%, in Graz dagegen nur 13,6%. Zerlegt man aber die Grazer Ergebnisse in diejenigen des unter Leitung des Prof. Wittek stehenden Unfallkrankenhauses in Graz und die übrigen Fälle, so findet man für das Unfallkrankenhaus ähnlich günstige Ergebnisse wie in Bochum, sodaß das erheblich schlechtere Durchschnittsergebnis von Graz nur auf Kosten der außerhalb des Unfallkrankenhauses erfolgten Behandlung in der Steiermark und in Kärnten kommt."

Nachdem zuvor Sinn und Wert des besonderen bgl. Unfallheilverfahrens dargestellt worden ist, erübrigt es sich, seine Notwendigkeit hier in größerem Umfange zu erörtern. Abschließend sei nur folgendes zusammengefaßt:

Die Notwendigkeit des besonderen Unfallheilverfahrens überhaupt wird heute kaum mehr von irgendeiner Seite, die mit den tatsächlichen Verhältnissen vertraut ist, bestritten; sie ergibt sich aus den Aufgaben der Bg.

Maßgebend für diese Notwendigkeit sind erstens mit Rücksicht auf den Unfallverletzten rein ärztliche Gründe und zweitens mit Rücksicht auf die Bg entschädigungsrechtliche Gesichtspunkte.

Entschädigungsrechtlich handelt es sich um den ersten Krankheits-

---

[73]) Aus einem Vortrag von P. Lohmar auf der Geschäftsführerkonferenz in Gotha am 19. 12. 1929: Über Wesen und Organisation des Unfallheilverfahrens. (Sonderdruck des Verbandes).

befund des Unfallverletzten, der mit der notwendigen Genauigkeit aufzunehmen ist. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Bg und Ärzte in zahlreichen Fällen bei einer späteren Beurteilung unbedingt auf eine absolut einwandfreie und sachgemäße Festlegung angewiesen sind.

Die hier mehr interessierenden ärztlichen Gründe lassen sich am besten an einem kurzen Beispiel erläutern[74]):

„Wenn ein Kranker an einem unkomplizierten Leistenbruch leidet, so kommt es nicht so sehr darauf an, ob er nun mal einige Monate oder Jahre überhaupt nicht behandelt wird, ob er mit einem Bruchband behandelt wird oder mit irgendwelchen sonstigen mehr oder weniger zweckmäßigen Maßnahmen. Im allgemeinen kann man sagen, wenn diese Maßnahmen nichts nützen, so schaden sie auch nicht viel. Der Zustand bleibt ziemlich unverändert, und es wird einer späteren Heilung nicht der Weg verbaut.

Anders ist es bei einer Unfallverletzung. Hier handelt es sich um ein einmaliges, plötzlich geschaffenes Krankheitsbild, das eine sofortige Entscheidung erfordert. Die allererste Behandlung dieses Zustandes ist oft ausschlaggebend für den Erfolg oder Mißerfolg des gesamten Heilverfahrens.

Ist hier einmal eine falsche Behandlung eingeleitet, so läßt sich der ursprüngliche Zustand nicht wieder herstellen, und es ist in den meisten Fällen unmöglich, nunmehr einfach von vorn anzufangen und sich zu sagen, daß die falsche Behandlung nur eine gewisse Verzögerung bedeutet habe."

Es bedarf auch weiter keiner Begründung, daß zur Behandlung von schweren Unfällen nur der Facharzt zuständig ist, der über die notwendigen unfallmedizinischen Kenntnisse und über die notwendigen Hilfsmittel verfügt.

Die Erkenntnis dieser Notwendigkeit hat die Bgen veranlaßt, eine besondere Heilfürsorge für die von ihnen betreuten Unfallverletzten einzurichten.

2. Formen und Wege in der Unfallheilfürsorge.

Die bgl. Heilfürsorge wird verwirklicht durch das Zusammenarbeiten aller beteiligten Stellen. Es sind dies vor allem die Berufsgenossenschaften, die Landesverbände, der Reichsverband der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften, das Reichsversicherungsamt, die Krankenkassenverbände und die Verbände der Ärzte.

Ihre gemeinsame Arbeit dient dem Ziel, die bgl. Heilfürsorge zu fördern, und erwächst daher aus den Aufgaben, die das Gesetz vorschreibt; in seinem Geist muß sie sich gestalten; sie hat das Gesetz in lebendige Tat umzusetzen und, wo der Gesetzgeber Lücken ließ, diese nach dem Bedürfnis und nach dem Geist des Gesetzes auszufüllen.

---

[74]) Nach einem Vortrag von Prof. Dr. Schmieden und Dr. H. Nießen auf der Versammlung der Leiter der gewerbl. Bgen in Frankfurt a. M. am 22. 5. 1935: „Die Notwendigkeit des besonderen Unfallheilverfahrens vom unfallchirurgischen Standpunkt aus."

a) Richtlinien für die berufsgenossenschaftliche Heilfürsorge.

Die am 1. 1. 1926 in Kraft getretenen neuen Vorschriften des 2. Änderungsgesetzes über Krankenbehandlung stellten die Bgen auf dem Gebiete der Heilfürsorge vor neue Aufgaben. Um ihnen die Erfüllung dieser Aufgaben zu erleichtern, haben die beiden bgl. Verbände (der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Bgen) unterm 8. 12. 1925 „Richtlinien für die bgl. Heilfürsorge" aufgestellt, die auf den Erfahrungen der Praxis beruhen und den schon früher genannten „Leitsätzen des Reichsversicherungsamts für das Heilverfahren in der Wartezeit" entsprechen. Es heißt darin:

Die Bg hat dafür Sorge zu tragen, daß dem Unfallverletzten ein sachgemäßes Heilverfahren zuteil wird, tunlichst vom Unfalltage an. Das gilt grundsätzlich auch dann, wenn eine Kk zur Vorleistung verpflichtet ist. (bgl. Heilfürsorge).

Die Bg hat daher in jedem Falle zu prüfen und zu überwachen, ob das den Verletzten von der Kk im Wege der Vorleistung gewährte Heilverfahren oder beim nichtkrankenversicherten Verletzten seine eigene Heilfürsorge ausreicht. Ist das nicht der Fall, so soll sie in das Heilverfahren eingreifen („berufsgenossenschaftliches Heilverfahren").

> Der Überwachung bedarf es auch bei anscheinend geringfügigen Verletzungen, da sie sich komplizieren können, ferner auch bei zunächst ausreichender Heilfürsorge, weil durch vorzeitige Entlassung aus der Behandlung, durch ungeeignetes Verhalten des Verletzten oder durch andere Umstände die Heilfürsorge ungenügend werden kann; endlich allgemein auch deswegen, weil die Unterlagen, auf Grund deren die Bg die Heilfürsorge für ausreichend hielt, sich als unzutreffend oder unzuverlässig herausstellen können.

Die bgl. Heilfürsorge muß von Anfang an nicht nur auf anatomische Heilung, sondern zugleich und vor allem auf Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der beschädigten Körperteile und auf Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abzielen.

> Die „funktionelle Behandlung" darf nicht als Nachbehandlung auf die „anatomische Heilung" folgen. Die Behandlung soll vielmehr einheitlich sein und bis zur größtmöglichen Sicherung der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden.
>
> Zu achten ist von vornherein auf die richtige seelische Beeinflussung des Verletzten durch den Arzt, vor allem zur Verhütung der den Heilerfolg schädigenden und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gefährdenden Rentenbegehrungsvorstellungen (Gefahr der Neurose).
>
> Das bgl. Heilverfahren ist um so wirksamer, je schneller nach dem Unfall es einsetzt. Ganz erreicht es seinen Zweck nur, wenn es unmittelbar nach dem Unfall beginnt.
>
> Schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Einrichtung, Amputation, Resektion usw.) soll möglichst durch den Facharzt (in der Regel in der Heilanstalt) erfolgen. Nur im Notfall ist er dem Nichtfacharzt, der die erste Hilfe leistet, zu überlassen.

Die bgl. Heilfürsorge kann bestehen:

a) in fachärztlicher Behandlung mit Unterbringung in einer geeigneten Heilanstalt (Heilanstaltspflege),
b) in fachärztlicher Behandlung ohne Unterbringung in einer Heilanstalt (offene Krankenbehandlung),
c) in der Beteiligung eines von der Bg bestimmten Facharztes an der Behandlung durch den Kassenarzt oder durch den vom nichtkrankenversicherten Verletzten gewählten Arzt,
d) in fachärztlicher Untersuchung zur Sicherstellung der Diagnose und Beurteilung des Heilverfahrens (z.B. auch Röntgenuntersuchung),
e) in Zuweisung ärztlicher Behandlung an Nichtkrankenversicherte, die noch nicht ärztlich behandelt werden.

Heilanstaltspflege erfordern in der Regel die nachgenannten schweren Verletzungen. Krankenbehandlung — gemäß b) oder c) oder auch durch einen praktischen Arzt, wenn ein erfahrener Facharzt die Behandlung durch diesen für ausreichend hält — genügt in der Regel bei den — weiter unten genannten — minder schweren Verletzungen. Die Sicherstellung der Diagnose (d) ist regelmäßig angezeigt bei denjenigen schweren Verletzungsfällen, bei denen sich die Heilung verzögert.

Als schwere Verletzungen gelten:

alle Oberschenkelbrüche,
im übrigen alle offenen Brüche,
die nichtoffenen Brüche großer Röhrenknochen, wenn sie kompliziert sind
  a) durch starke Verschiebung, Verdrehung, Splitterung oder
  b) durch Mittelverletzung großer Gelenke oder
  c) durch Sitz der Verletzung in der Nähe großer Gelenke mit Ausnahme des einfachen, typischen Radiusbruches und der Brüche des Schlüsselbeins, des Schafts des Wadenbeins und des inneren — nicht des äußeren — Knöchels,
alle Wirbelsäulen- und Beckenbrüche,
alle Ausrenkungen großer Gelenke,
alle nicht sofort wieder eingerenkten Ausrenkungen kleiner Gelenke,
alle schweren Gelenkquetschungen mit Ausnahme der Quetschungen von Finger- und Zehengelenken,
alle Verletzungen großer Nervenstämme an Armen und Beinen,
alle Verletzungen wichtiger Sehnen, besonders an den Fingern,
alle schweren eitrigen Entzündungen, besonders an Hand und Fingern,
alle ausgedehnten oder tiefgehenden Weichteilverletzungen, besonders auch Verbrennungen,
Augen- und Ohrverletzungen, die nach dem Urteil des Facharztes der Heilanstalstpflege bedürfen.

Als minderschwere Verletzungen gelten:

die nicht unter die schweren Verletzungen fallenden Oberarm-, Vorderarm- und Unterschenkelbrüche einschließlich des einfachen typischen Radiusbruchs, aber ausschließlich der unkomplizierten Brüche des Schafts des Wadenbeins und des inneren Knöchels,

die nichtoffenen Brüche der Hand- und Fußwurzelknochen, der Grundgliedknochen der Finger, mehrerer Mittelhand- oder Mittelfußknochen,
schwere Quetschungen der Grundgelenke der Zehen und der Grund- und Mittelgelenke der Finger,
die Verletzungen mit Beteiligung innerer Organe,
Augen- und Ohrverletzungen, die nach dem Urteil des Facharztes nicht der Heilanstaltspflege bedürfen.

Abgesehen von solchen Fällen der minderschweren Verletzungen, in denen der Facharzt die Behandlung durch den praktischen Arzt für ausreichend erklärt, ist die fachärztliche Behandlung regelmäßig erforderlich in allen Fällen, in denen sich die Heilung verzögert; besonders kommen in Frage:

minderschwere eitrige Entzündungen an Hand und Fingern, wenn die Entzündung fortschreitet,
Weichteilverletzungen des Unterschenkels (besonders in Schienbeinnähe), wenn Krampfadern oder alte Geschwüre vorliegen,
Knochenbrüche, bei denen die knöcherne Heilung sich verzögert,
Kopfverletzungen mit Schädelbruch oder mit Verdacht auf solchen, wenn nach 4 Wochen noch Beschwerden bestehen,
Verletzungen aller Art, als deren Folgen noch nach 6 Wochen nervöse Beschwerden angegeben werden,
Brustquetschungen mit Lungen- oder Herzbeteiligung oder mit Verdacht auf solche,
Rückenverletzung durch Quetschung, Fall oder Verheben, wenn nach 4 Wochen noch Beschwerden bestehen.

Bei der Anordnung und Durchführung der bgl. Krankenbehandlung sollen sich die Bgen geeignetenfalls von einem Arzt (Facharzt) beraten lassen.

Von den für notwendig erkannten Heilfürsorgemaßnahmen ist nur bei Transportunfähigkeit des Verletzten abzusehen.

Bei der Beurteilung der Transportfähigkeit ist ein strenger Maßstab anzulegen. Der Transport kann sogar bei Lebensgefahr geboten sein, wenn ohne die Einleitung eines besonderen Heilverfahrens das Leben in höherem Maße gefährdet erscheint. Der Transport ist auch bei Fieber möglich, wenn er im geschlossenen Krankenwagen erfolgt. Gebrochene Glieder sind vor Beginn des Transports durch großen, die benachbarten Gelenke fixierenden Gipsverband ruhigzustellen.

Auf den erstbehandelnden (Kassen-) Arzt, aus dessen Behandlung der Verletzte in andere Behandlung übertreten soll, ist jede Rücksicht zu nehmen, die mit dem Ziel einer möglichst schleunigen und vollkommenen Heilung und Wiederherstellung vereinbar ist.

Insbesondere ist folgendes zu beachten:

Von der Einleitung bgl. Krankenbehandlung wird, wenn sie auf Vereinbarung beruht, der behandelnde Arzt durch die Kk oder Bg, bei Einzelanordnung allein durch die Bg benachrichtigt, im letzteren Falle so rechtzeitig, daß er nicht später davon Kenntnis erhält als der Verletzte.

Die Behandlung des Verletzten durch den Facharzt soll nur solange dauern, wie es nach Lage des Falls notwendig ist. Sie soll überhaupt nicht eintreten, wenn die Untersuchung durch den Facharzt die Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung nicht ergibt.

Der vorbehandelnde Arzt ist auf seinen Wunsch von der Bg über den Verlauf des Heilverfahrens nach Möglichkeit zu unterrichten.

Die Richtlinien gehen auch des näheren auf den Begriff des Facharztes ein.

Außerdem geben sie die Wege an, die zur Einleitung und zur Durchführung eines bgl. Heilverfahrens führen, und enden schließlich mit praktischen Hinweisen auf die geschäftliche Behandlung der einzelnen Unfallsache.

Soweit Einzelheiten davon in diesem Rahmen hier zu behandeln sind, geschieht dies an geeigneter Stelle weiter unten.

b) Unterstützung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge.

Die Mitwirkung der Unternehmer.

Die rechtzeitige Einleitung eines bgl. Heilverfahrens in den geeigneten Fällen verlangt, daß die Maßnahmen dazu sofort nach dem Unfall einsetzen. Nach Gesetz (§ 1543 c RVO) und Satzung ist der Arbeitgeber bzw. Unternehmer verpflichtet, seine Bg bei der Durchführung der Unfallversicherung zu unterstützen, ihr von jedem Betriebsunfall unverzüglich Meldung zu erstatten und ihr über die Behandlung und den Zustand des Verletzten auf Verlangen Auskunft zu geben. Die Bgen bedienen sich also der Betriebe, um frühestens von dem Unfall Kenntnis zu erhalten. Außerdem sind im Betriebe selbst schon die ersten Maßnahmen zu treffen, es ist daher eine Selbstverständlichkeit, daß die Bgen ihre Betriebe über alles in einem solchen Falle Erforderliche rechtzeitig und generell unterrichten.

Zu diesem Zweck gab der Verband eine Schrift heraus, die sich aufklärend an die Betriebsführer wendet und sie zu bereitwilliger Mitarbeit zu gewinnen sucht. In der Mitwirkung der Betriebsführer an der bgl. Heilfürsorge sieht sie einen für den Erfolg wichtigen Faktor und betont dazu: „Diejenige Stelle, die zuerst von dem Unfall erfährt und meist rechtzeitig imstande ist, dem Verletzten die Anweisung der Bg zu übermitteln, ist der Betrieb, der Unternehmer. Er muß daher von seiner Bg mit den bgl. Heilverfahrensanordnungen bekanntgemacht werden und seine Bg auf diesem wichtigen Gebiet mit allem Nachdruck unterstützen. Er dient damit nicht nur dem Wohle der Unfallverletzten, sondern auch dem eigenen Interesse, da ja von der rechtzeitigen Einleitung der bestmöglichen Krankenbehandlung im einzelnen Falle der Rentenaufwand abhängt.“ [75])

Auch die technischen Aufsichtsbeamten der Bgen, die mit den einzelnen Betriebsführern in dauernder Fühlungnahme stehen, wirken

[75]) Lohmar: „Das Unfallheilverfahren und der Betriebsunternehmer.“

ihrerseits mit an dieser Aufgabe, die Betriebsführer zu einsichtsvoller Mitarbeit mit ihrer Bg zu gewinnen.

Die Mitwirkung der Krankenkassen.

Mit den Kkn gestaltete sich die Zusammenarbeit wesentlich schwieriger. Die Ursache dafür ist in der nicht gerade einfachen und wenig übersichtlichen gesetzlichen Regelung des Verhältnisses der beiden Versicherungsträger zueinander zu suchen. Bis zum Erlaß des 2. Änderungsgesetzes beruhte das bgl. Frühheilverfahren auf einer Vereinbarung mit den Kkn, die Bgen waren also in solchem Falle jeweils auf die Zustimmung der Kkn angewiesen. Mit der Einführung des neuen Rechts 1925/26 änderte sich dieses Verhältnis vor allem insofern, als jetzt die Bgen mit der Durchführung ihres Heilverfahrens die Kkn beauftragen konnten. Der neuen Lage mußten auch die Abmachungen mit den Kkn-Hauptverbänden Rechnung tragen, und so wurde am 12. 3. und am 31. 12. 1926 das bereits früher getroffene Kkn-Abkommen den neuen gesetzlichen Bestimmungen angepaßt.

Der erste Teil des Abkommens enthielt Bestimmungen zur genauen Erfassung aller Unfallerkrankungen und über die Einschaltung des erstbehandelnden Arztes zu diesem Zweck und stellte die Rechtzeitigkeit der Anzeige sicher, die gemäß § 1503 RVO die Kk in jedem Fall der Unfallerkrankung eines Unfallversicherten dem Unfallversicherungsträger zu erstatten hat.

Teil 2 befaßte sich mit der „Heilfürsorge für krankenversicherte Unfallverletzte im Auftrage der Bg". (Das Heilverfahren im Auftrage wird weiter unten noch eingehend behandelt werden). Die Richtlinien für die bgl. Heilfürsorge vom 8. 12. 1925 hatten noch eine Vereinbarung über das Heilverfahren vorgesehen. Dieser bedarf es nun nicht mehr, seit in § 1510 RVO bestimmt worden ist, daß der Unfallversicherungsträger mit der Durchführung der Krankenbehandlung eine Kk beauftragen kann in dem Umfang, den er für geboten erachtet[76]). Doch war damit noch nicht festgestellt, daß die Bgen auch ohne Abkommen in der Lage wären, die Kkn in dem erforderlichen Umfang zu ihrer Unterstützung heranzuziehen. Dies geschah aber sehr bald durch die vom RVA erlassenen „Bestimmungen über die Unterstützungspflicht der Krankenkassen und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung" vom 12. 10. 1926 (Amtl. Nachr. 1926. S. 433). Sie bestimmten Näheres zur Durchführung der §§ 1502—1512 RVO, welche die Beziehungen zwischen Kkn und Unfallversicherungsträgern regeln, und sind den Richtlinien für bgl. Heilfürsorge und dem Kk-Abkommen nachgebildet.

War auch hierdurch ein Abkommen zwischen Bgen und Kkn entbehrlich geworden, so legten die Bgen im Hinblick auf eine dauerhafte, ersprießliche Zusammenarbeit mit den Kkn dennoch Wert auf ein Vertragsverhältnis, wie dies nachher bei der Erneuerung des Kkn-Abkommens am 31. 12. 1926 zum Ausdruck kam.

---

[76]) Wann dies geboten ist, sagen die näheren Bestimmungen des RVA über die Beauftragung von Kkn durch die Träger der Unfallversicherung gemäß § 1510 RVO vom 27. 11. 1925. (A.N. 1925, S. 351).

Fast zehn Jahre später, gleichzeitig mit der „Neuregelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften" durch die Vo. des RAM vom 15. 6. 1936 (RGBl. I, S. 489) traten auch „Bestimmungen des Reichsversicherungsamts über die Unterstützungspflicht der Krankenkassen und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung und über Ersatzleistungen zwischen Krankenkassen, Ersatzkassen und Trägern der Unfallversicherung (§§ 1504—1510 RVO) sowie im Falle des § 1543 b der RVO vom 19. 6. 1836" in Kraft[77]).

Diese Bestimmungen sind von zentraler Bedeutung für die Heilfürsorge der Bgen. Denn ihre außerordentlichen, jahrzehntelangen Bemühungen, zu einem zweckgegliederten Ausbau des bgl. Heilverfahrens zu gelangen, finden hier, vom RVA bestätigt und gutgeheißen, ihren letzten Niederschlag. Die neuen Bestimmungen ersetzen nicht nur die bisher geltenden vom 10. 6. 1926, die damals das Kk-Abkommen ausdrücklich unberührt gelassen hatten, sondern sie machen auch das gesamte Kk-Abkommen gegenstandslos, ebenso anderweitige ähnliche Sonderregelungen. Sollte aber auf den Abschluß neuer Vereinbarungen nicht ganz verzichtet werden können, so bedürfen diese der Genehmigung des RVA.

Die Bestimmungen betonen grundsätzlich:

Den Trägern der Unfallversicherung soll es ermöglicht werden, die bgl. Krankenbehandlung so schleunig einzuleiten, daß schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Amputation, Resektion, Einrichtung usw.) durch den Facharzt (nötigenfalls in der Heilanstalt) erfolgt und nur im Notfall dem Nichtfacharzt, der die erste Hilfe leistet, überlassen bleibt. (§ 1).

Weiterhin heißt es: Durch geeignete Maßnahmen hat die Kk sicherzustellen, daß sie die Erkrankungsfälle, die auf einen Betriebsunfall zurückzuführen sind, gleichviel ob Arbeitsunfähigkeit besteht oder nicht, alsbald erfährt. (§ 2).

Die Kk hat in die Krankenordnung eine Vorschrift aufzunehmen, wonach jeder Erkrankte, der eine Krankheit auf einen Betriebsunfall zurückführt, ihr dies unverzüglich anzuzeigen hat. Sie hat auch eine entsprechende Aufforderung auf dem Krankenschein anzubringen oder in anderer geeigneter Form auf die Notwendigkeit der sofortigen Meldung hinzuweisen und, soweit möglich, mit ihren Ärzten zu vereinbaren, daß diese jede Erkrankung, die auf einen Betriebsunfall zurückzuführen ist, der Kasse unverzüglich anzeigen. Die Kk hat den Krankenscheinvordruck so einzurichten, daß der Arzt darauf die Ursache der Erkrankung sowie die Betriebstätigkeit, der der Unfall zur Last gelegt wird, vermerken kann; die Kk hat auch, soweit möglich, die Ärzte zu gewissenhafter Ausfüllung zu verpflichten.

Die Kk hat (in den Fällen des § 1503 I RVO) alle Erkrankungen unfallversicherter Personen, die nach Angabe des Erkrankten, seines Arbeitgebers oder des Kassenarztes oder nach sonstigen Anhaltspunkten auf einen Betriebsunfall zurückzuführen sind, unverzüglich der Bg unter Hinweis auf diese Tatsache durch Übersendung einer Abschrift des Krankenscheins mitzuteilen und dabei den Tag anzugeben, an dem sie mit Leistung der Krankenpflege begonnen hat (§ 3). Und bezüglich des Heilverfahrenverlaufs ist bestimmt:

[77]) Veröffentlicht im „Dt. Reichsanzeiger und Preuß. Staatsanzeiger" vom 20. 6. 1936.

Die Kk bringt der Bg auf deren Erfordern und, soweit es ihr selbst angezeigt erscheint, auch unaufgefordert die über den Stand oder die Dauer des Heilverfahrens eingezogenen oder ihr sonst zugehenden Mitteilungen der Heilanstalten oder Ärzte zur Kenntnis. (§ 7).

Zur Förderung des bgl Heilverfahrens ist die neuartige Bestimmung wichtig, wonach die Kk für ihre Mitwirkung bei Einleitung der bgl. Krankenbehandlung eine Prämie in Form einer sog. „Fallgebühr" erhält, wenn der Verletzte binnen einer bestimmten kurzen Frist vom Augenblick des Unfalls an tatsächlich in bgl. Krankenbehandlung kommt.

In diesen Bestimmungen sind auch die besonderen Verfahren festgelegt, deren sich die Unfallversicherungsträger zur Einleitung und Durchführung der bgl. Heilbehandlung bedienen können. Wir werden uns noch näher mit ihnen zu befassen haben. Hier soll zunächst erst die Mitwirkung der Ärzte und der Heilanstalten behandelt werden.

Die Mitwirkung der Ärzte.

Die Bgen bestimmen in zahlreichen Fällen, welches Heilverfahren dem Verletzten zuteilwerden soll; nun kommt es mitunter vor, daß, ehe dies geschieht, ein Verletzter bereits in der Behandlung irgendeines Arztes steht. Dann müssen die Bgen in diese eingreifen und den Verletzten sogar aus der derzeitigen Behandlung des Arztes herausnehmen. Damit greifen sie aber in dessen persönliche Rechtssphäre ein. Es ist daher keine Frage, daß das Verhältnis zwischen Bgen und Ärzten — zumal in Ermangelung gesetzlicher Bestimmungen — auf eine vertragliche Regelung angewiesen war, sollten nicht beide Partner angesichts der anspruchsvollen Einstellung der Bgen im Unfallheilwesen Gefahr laufen, an allen Orten und jederzeit in Konflikt zu geraten. Hier schuf erstmals im Jahre 1921 ein Abkommen zwischen Ärzten und Bgen einen Ausweg.

Das Änderungsgesetz von 1925 beschränkte sich in § 1545 d lediglich auf die Feststellung, daß der Arzt verpflichtet ist, dem Unfallversicherungsträger Auskunft über Behandlung und Zustand des Verletzten zu geben. Es wurde daher das frühere ärztliche Abkommen nun der veränderten Rechtslage angepaßt und am 1. 5. 1926 neu abgeschlossen. Später herrschte eine Zeitlang ein vertragloser Zustand, bis es am 15. 6. 1929 erneut und zuletzt am 13. 12. 1932 seine endgültige Fassung erhielt (als: „Abkommen des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften mit dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und mit dem Deutschen Ärztevereinsbund").

In der Einleitung geht es aus von der grundlegenden Verpflichtung der Bgen zur Krankenbehandlung und von ihrem Rechte, bei Übernahme des Heilverfahrens den Arzt und die Heilanstalt zu bestimmen, und stellt fest, daß die Bgen für die Einleitung und die Durchführung des Heilverfahrens der Mitarbeit der Ärzteschaft bedürfen.

„Der „Hartmannbund" und der „Deutsche Ärztevereinsbund" verpflichten sich, mit den Mitteln ihrer Organisation auf die gewissenhafte Mitarbeit ihrer Mitglieder nach den Bedingungen dieses Vertrages hinzuwirken. Ebenso verpflichtet sich der „Verband der deutschen Bgen", mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln seine Mitglieder zur Anerkennung und Durchführung des

Vertrages anzuhalten. Alle Meinungsverschiedenheiten über Auslegung und Durchführung des Abkommens sind in dem dafür vorgesehenen Verfahren auszutragen.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Unfallverletzten jede gebotene Hilfe zuteil werden zu lassen, insbesondere den etwa notwendigen Transportverband anzulegen und die sonst für den Transport nötigen ärztlichen Maßnahmen zu treffen sowie über den Zustand des Verletzten und die Art der Behandlung die von der Bg gewünschte Auskunft zu geben. Die Kosten trägt die Bg. Als behandelnder Arzt gilt der Arzt, der den Verletzten zur Zeit des bgl. Eingreifens in das Heilverfahren behandelt. Findet zu dieser Zeit eine ärztliche Behandlung des Verletzten noch nicht oder nicht mehr statt, so kann die Bg die Unterstützung von dem Arzt beanspruchen, der dem Verletzten die erste Hilfe geleistet oder ihn zuletzt behandelt hat. Kommt auch ein solcher Arzt nicht in Frage, kann einer der nächstwohnenden Ärzte in Anspruch genommen werden.

Hält der behandelnde Arzt den Verletzten für transportunfähig, hat er darüber auf Verlangen der Bg eine Bescheinigung auszustellen. In ihr muß die Transportunfähigkeit des näheren begründet werden.

Die Bgen haben das größte Interesse, von allen nachteiligen Zwischenfällen (vorzeitiges Ausscheiden aus der Behandlung, verfrühte Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Platzmangels, Widerstand des Verletzten oder ungenügende Unterstützung des Heilverfahrens durch ihn, Inanspruchnahme von Laienbehandlung, unerwartete Heilkomplikationen usw.) Kenntnis zu erhalten, auch wenn sie nicht in das Heilverfahren eingegriffen haben. Von derartigen Vorkommnissen soll der behandelnde Arzt der zuständigen Bg möglichst frühzeitig Mitteilung machen. Im Interesse des Verletzten liegt es, wenn die Mitteilung auch ein Arzt macht, der nicht behandelt.

Die rechtzeitige Einleitung des bgl. Heilverfahrens hängt davon ab, daß Kk und Bg von dem Unfall (Berufskrankheit) unverzüglich benachrichtigt werden. Das geschieht, abgesehen von der Unfallanzeige des Betriebsunternehmers, durch den für die Kasse auszustellenden Krankenschein.

Auf Verlangen der Bg hat der behandelnde Arzt ihr oder der von ihr bestimmten Stelle unverzüglich eine besondere Unfallanzeige mit den erofrderlichen Angaben zu erstatten. Das Verlangen kann sich auf alle Verletzungsfälle erstrecken oder auf bestimmte Verletzungsfälle beschränkt werden. Für die Anzeige ist von der Bg eine besondere Gebühr zu entrichten.

Auf jeden Fall, auch bei Vorhandensein eigener bgl. Behandlungsstellen, ist es unzulässig, die Kassenärzte grundsätzlich von jeder Unfallbehandlung auszuschließen. Das gilt jedoch nicht für einen Kassenarzt, der sich weigert, die Verpflichtungen aus diesem Vertrage zu erfüllen.

Bgl. fachärztliche Behandlung soll nicht eintreten, wenn die Untersuchung durch den Facharzt die Notwendigkeit oder die Zweckmäßigkeit fachärztlicher Behandlung nicht ergibt. Der Verletzte verbleibt dann in der Heilfürsorge der Kk oder in der selbstgewählten Behandlung.

Nach den Erfahrungen der Bgen wird im Durchschnitt in etwa 70 bis 75% aller Fälle der beabsichtigte Heilerfolg auch ohne bgl. Krankenbehandlung erreicht."

Die Mitwirkung der Heilanstalten.

Sind die Bgen schon auf die Mitarbeit sowohl der Kkn als auch vor allem der Ärzte selbst angewiesen, um in den geeigneten Fällen ein besonderes Unfallheilverfahren gewähren zu können, so trifft das Gleiche erst recht auf die Heilanstalten zu, die an der Durchführung der bgl. Heilbehandlung wesentlich beteiligt sind, ja geradezu die Grundlage des bgl. Heilverfahrens bilden.

Im gegenseitigen Interesse entstand so zwischen dem Verband der deutschen Berufsgenossenschaften und den Reichsverbänden sowohl der öffentlichen wie der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten eine Arbeitsgemeinschaft, die sich besonders mit den Aufgaben der Heilanstalten befaßt und sich deren Ausgestaltung angelegen sein läßt.

Als mit dem 2. Änderungsgesetz die Bgen im Jahre 1925 sich vor die Aufgabe gestellt sahen, in kurzer Zeit die Praxis der bgl. Heilfürsorge auf eine neue Grundlage zu stellen, „ist der Gedanke erwogen worden, eine hochwertige Unfallheilfürsorge dadurch sicherzustellen, daß das Reich mit einem Netze großer bgl., d. h. im Besitz und Eigenbetrieb der Bgen stehender, mustergültiger Krankenhäuser überzogen werde, in die unter Ausbau der Einrichtungen für die Krankenbeförderung die große Mehrzahl der schwereren Unfallverletzten zu gelangen hätte. Man darf annehmen, daß dies auch gewissen Regierungsstellen damals nicht unerwünscht gewesen wäre, weil es die Verwendung der Versorgungskrankenhäuser des Reiches erleichtert hätte. Fraglos wäre so (ähnlich wie durch die Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten) auf organisatorisch verhältnismäßig einfachem Wege, wenn auch unter erheblichem einmaligen Kostenaufwande, eine besonders gute Versorgung möglich gewesen. Es hätte das aber einen schweren und vielleicht dauernden Konflikt mit der Ärzteschaft bedeutet. Die Bgen sind deshalb den schwereren und langsameren Weg gegangen, für die schweren Unfallverletzungen im Reiche rund 1100 Krankenhäuser zuzulassen, die den zu stellenden Anforderungen vielfach erst teilweise entsprechen und allmählich vervollkommnet werden müssen (vor allem hinsichtlich der unfallmedizinischen Eignung des Chirurgen)." [78])

Je nach den Umständen kann allerdings im Einzelfalle auch einmal ein anderes Krankenhaus in Anspruch genommen werden. Um aber zu dauernder Mitarbeit herangezogen zu werden, müssen die Heilanstalten außerordentlich weitgehenden Anforderungen genügen; das gilt nicht nur bezüglich der Einrichtungen [79]), sondern im gleichen Maße auch in Bezug auf die Ärzte und das Personal und nicht zuletzt hinsichtlich eines genügenden Unfallmaterials.

c) Verfahren zur Einleitung und Durchführung berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung.

Wir sahen bisher, wie zur Praxis der bgl. Heilfürsorge ausgehend von den neuen gesetzlichen Bestimmungen des Jahres 1925 zunächst mit

[78]) Lohmar: 50 Jahre Unfallversicherung, a. a. O., S. 104.

[79]) Zu den „Einrichtungen" siehe die „Anforderungen an die zuzulassenden Heilanstalten" unten auf Seite 93.

den Richtlinien in systematischer Weise der Grund gelegt worden war, wie durch den Neuabschluß des Krankenkassenabkommens und der Ärzteabkommen die geordnete Mitwirkung von Krankenkassen und Ärzten sichergestellt worden war, und wie schließlich bei der Neuregelung der Beziehungen zwischen den beiden Versicherungsträgern, den Kkn und den Bgen, das RVA für eine weitere einheitliche Entwicklung der Zusammenarbeit die Verantwortung selbst übernahm. Damit sind die Voraussetzungen behandelt, die eine bgl. Heilbehandlung gewährleisten. Nunmehr bleibt noch zu zeigen, in welcher Form es gelang, die Wege auszubauen, die zu dem besonderen Unfallheilverfahren führen.

Die Bg kann jederzeit ein eigenes Heilverfahren anordnen, wenn sie es für geboten hält (vgl. § 559 g RVO,[80]), und zwar soll dies rechtzeitig geschehen, d. h. möglichst sofort nach dem Unfall. Sie wird aber nur ganz ausnahmsweise so früh von dem Unfall Kenntnis erhalten, daß sie erforderlichenfalls selbst unmittelbar die Einleitung eines bgl. ausreichenden Heilverfahrens sicherstellen kann. Oft erhält sie trotz der doppelten oder dreifachen Anzeige erst nach Tagen, mitunter gar Wochen später Kenntnis von dem Unfall.

Zudem gestattete die Unfallanzeige allein in vielen Fällen keine bgl. Bestimmung über das Heilverfahren. Denn diese setzt schon eine genauere Unterrichtung über Art und Verlauf der Verletzung voraus, die nur durch Befragung des erstbehandelnden Arztes erlangt werden kann. Zwar sind Maßnahmen, die danach erst getroffen werden, besser als gar keine; aber es ist wertvolle Zeit verlorengegangen, sodaß es meistens nicht mehr möglich ist, das Heilverfahren ebenso wirksam zu gestalten, als wenn sofort bgl. Krankenbehandlung eingesetzt hätte. Die Einzelbehandlung kommt bei Unfallverletzungen, vor allem für die Frischverletzten, die schnellstens bgl. Heilbehandlung bedürfen, praktisch in jedem Falle zu spät.

Die bgl. Bestimmung über das Unfallheilverfahren ist deshalb so nahe wie möglich an den Zeitpunkt des Unfalls heranzuführen. Dies läßt sich aber nur dadurch erreichen, daß die Bgen allgemeine Maßnahmen treffen, die in den geeigneten Fällen die Einleitung bgl. Krankenbehandlung alsbald nach dem Unfall gewährleisten.

Eine solche generelle Regelung des Heilverfahrens ist für die Bgen und die sonst am Heilverfahren beteiligten Stellen von größter Wichtigkeit. Sie ist schon in den Richtlinien von 1925 verankert, weiterhin auch im Krankenkassenabkommen und im Ärzteabkommen enthalten und neuerlich festgelegt in den „Bestimmungen des Reichsversicherungsamts" vom 19. 6. 1936[81]).

Mehrere Wege haben sich herausgebildet, die § 4 der Bestimmungen aufzählt: der Paragraph stellt voraus, daß die Kk die Bg bei der Vorbereitung und Durchführung der bgl. Krankenbehandlung zu unter-

[80]) Siehe auch die Bestimmungen des Ärzteabkommens vom 13. 12. 1932, Teil I, Abschnitt 1.

[81]) Bestimmungen des RVA über die Unterstützungspflicht der Kkn und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung und über Ersatzleistungen zwischen Kkn, Ersatzkassen und Trägern der Unfallversicherung (§§ 1504—1510 RVO) sowie im Falle des § 1543 b der RVO v. 19. 6. 1936. (Siehe S. 74).

stützen hat, und lautet dann: Die Bg kann ihr (der Kk) auch einen allgemeinen Auftrag zur Durchführung der bgl. Krankenbehandlung erteilen — und zwar für das

1.) Durchgangsarztverfahren (§ 5),
2.) Beratungsfacharztverfahren (§ 5a),
3.) Augen- und Ohrenarztverfahren (§ 5b),
4.) Verletzungsartenverfahren (§ 6).

Jedes einzelne dieser Verfahren hat seine besondere Bedeutung. Sie schließen sich daher nicht gegenseitig aus, sondern können auch nebeneinander angewendet werden.

Die Verfahrensarten.

1.) Das Durchgangsarztverfahren.

Auf Verlangen[82]) einer Bg hält die Kk sämtliche Unfallverletzten der Bg (auch die scheinbar geringfügig Verletzten) dazu an, sofort nach der Krankmeldung und möglichst vor der ersten Inanspruchnahme eines Kassenarztes einen von der Bg bezeichneten Facharzt (Durchgangsarzt = D-Arzt) zu Rate zu ziehen. Seit September 1938 besteht aber folgende Einschränkung:

1) Dem D-Arzt sind nur arbeitsunfähige Verletzte sofort zuzuführen.
2) Liegt Arbeitsunfähigkeit nicht vor, so ist der Verletzte dem D-Arzt zu überweisen,
   a) sobald Arbeitsunfähigkeit eintritt,
   b) wenn bei Arbeitsfähigkeit die Krankheit oder die ärztliche Behandlung länger als 1 Woche dauert.

   Der Verletzte ist dann dem D-Arzt sofort zuzuführen. Sowohl der behandelnde Arzt als auch der Verletzte haben das Recht, auch bei Arbeitsfähigkeit den D-Arzt in Anspruch zu nehmen.

Ist ein Verletzter nicht in der Lage, den D-Arzt aufzusuchen, so benachrichtigt die Kk diesen unverzüglich. Der D-Arzt beurteilt, ob die Heilfürsorge der Kk ausreicht, oder ob besondere Heilmaßnahmen angezeigt sind. Im letzten Falle veranlaßt er, soweit er hierzu von der Bg ermächtigt ist, sofort die erforderlichen Maßnahmen.

Wird bgl. Krankenbehandlung eingeleitet, so erhält von deren Beginn die Kk durch die Bg oder den D-Arzt unverzüglich Nachricht. (§ 5 der Bestimmungen).

Mit dem D-Arztverfahren befaßt sich eingehend auch das Ärzteabkommen.

Die neuen Bestimmungen des RVA nennen es unter den vier Arten wiederum an erster Stelle, nachdem es sich trotz zahlreicher Angriffe in der Praxis immer mehr Anerkennung erworben und sich immer weiter ausgebreitet hatte.

Das Wesen des D-Arztverfahrens besteht darin, daß alle Unfallverletzten, auch die anscheinend geringfügig Verletzten, die überhaupt ärzt-

---

[82]) Das „Verlangen" der Bg erfolgt in Gestalt eines der Kk zu erteilenden Auftrages, der für eine oder mehrere Bgen auch von den örtlichen Vereinigungen, den Landesverbänden, erteilt werden kann. (§ 6a).

liche Hilfe in Anspruch nehmen, sofort nach dem Unfall und möglichst noch vor der Inanspruchnahme eines anderen Arztes einen von der Bg bestimmten unfallmedizinisch erfahrenen Facharzt aufsuchen, damit dieser entscheidet, ob im Einzelfalle besondere, also bgl. Heilmaßnahmen geboten sind oder doch wenigstens eine fachärztliche Überwachung angezeigt ist. Die etwa notwendigen Maßnahmen trifft der D-Arzt. Er kann die Behandlung auch selbst übernehmen.

Das D-Arztverfahren hat den Vorzug, durch seine individualisierende Auswahl jeden Schematismus bei den Entscheidungen zu vermeiden. Es ist aber nur dann anwendbar, wenn es möglich ist, als D-Arzt einen Facharzt zu bestimmen, der für die Unfallverletzten leicht und jederzeit erreichbar ist. Es muß ein Facharzt sein, d. h. nach den Richtlinien für die bgl. Heilfürsorge: ein in der Beurteilung und Behandlung von Unfallverletzungen besonders erfahrener, fachärztlich tätiger Arzt, dem alle erforderlichen Untersuchungsmittel (Röntgenapparat usw.) zur Verfügung stehen. Ausnahmsweise kann auch ein Arzt D-Arzt sein, der zwar nicht ausschließlich als Facharzt tätig ist, aber fachärztlich geschult und unfallmedizinisch bewährt ist.

Das D-Arztverfahren ist nur dort anwendbar, wo größere industrielle Unternehmungen bestehen und ein unfallmedizinisch erfahrener Facharzt zur Verfügung steht. Das Anwendungsgebiet des Verfahrens ist aus diesem Grunde begrenzt.

Zur Durchführung des Verfahrens wird nach Anhörung der Bezirksarbeitsgemeinschaft von dem Landesverband bgler Verwaltungen im Namen derjenigen Bgen, die in dem Bezirk zuständig sind und sich an dem Verfahren beteiligen, der Auftrag an die Ärzte und Kkn erteilt, jeden arbeitsunfähigen Frischverletzten sofort zum D-Arzt zu schicken. Die gleiche Verpflichtung trifft auch zu, sobald auf Grund einer Verletzung später Arbeitsunfähigkeit eintritt oder bei Arbeitsfähigkeit die Behandlung länger als 1 Woche dauert, ferner wenn eine auf den Unfall zurückzuführende Wiedererkrankung vorliegt. Diejenigen Verletzten, bei denen der Kassenarzt selbst die Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit verneint, brauchen also nicht zum D-Arzt geschickt zu werden.

Die Bgen haben den zu diesem Bezirk gehörigen Betrieben eine Weisung des gleichen Inhalts erteilt. Für die Überweisung eines Unfallerkrankten an den D-Arzt kommen praktisch also in erster Linie die Betriebe, in 2. Linie die Kkn und in 3. Linie der Kassenarzt in Betracht; alle drei sind nach dem Gesetz und nach dem Abkommen zur Unterstützung der Bgen verpflichtet.

Ist der Verletzte nicht gehfähig, so soll der behandelnde Arzt dies dem D-Arzt mitteilen.

Der Auftrag wird für einen bestimmten Bezirk erteilt. Die in diesem Bezirk ansässigen Betriebe (soweit sie Bgen angehören, die sich an dem Verfahren beteiligen), die Kkn und die Ärzte werden von der Einleitung des Verfahrens benachrichtigt. Nur diejenigen Unfallverletzungen werden erfaßt, welche Arbeiter in der Beschäftigung bei Betrieben dieses Bezirks betroffen haben.

2.) Das Beratungsfacharztverfahren.

Bevor das Beratungsfacharztverfahren in den Bestimmungen des RVA von 1936 seine neue Form gefunden hatte, war es nur zwischen der Ärzteschaft und den Bgen im Ärzteabkommen geregelt und praktisch nur an wenigen Stellen — anders als das D-Arztverfahren — eingeführt worden. Nunmehr ist es auch amtlich bestätigt, und gleichzeitig wurde es besser den tatsächlichen Verhältnissen und den Bedürfnissen angepaßt.

Es unterscheidet zwei Fälle:

1) Auf Verlangen einer Bg hält die Kk sämtliche Unfallverletzten, die sich nach Abschluß des Heilverfahrens erneut krankmelden (während desselben Krankheitsfalles oder im Falle der Wiedererkrankung), dazu an, sofort nach der erneuten Krankmeldung und möglichst noch vor der Inanspruchnahme eines Kassenarztes einen von der Bg bezeichneten Facharzt (Beratungsfacharzt) zu Rate zu ziehen. Dabei kann die Bg diejenigen Fälle ausnehmen, in denen der Kassenarzt die Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit des Verletzten verneint.

2) Auf Verlangen einer Bg hält die Kk sämtliche Unfallverletzten mit bestimmten von der Bg bezeichneten Verletzungsarten dazu an, sofort nach der Krankmeldung und möglichst noch vor der Inanspruchnahme eines Kassenarztes oder zu dem sich aus dem Auftrag ergebenden Zeitpunkt einen von der Bg bezeichneten Facharzt (Beratungsfacharzt) zu Rate zu ziehen. Der Auftrag muß für alle sich beteiligenden Bgen einheitlich sein.

Mittels dieses Beratungsfacharztverfahrens sollen also alle diejenigen Erkrankungsfälle von Unfallversicherten erfaßt werden, die eine Prüfung der Frage rechtfertigen, ob bei ihnen nicht bgl. Krankenbehandlung dasselbe Ergebnis in kürzerer Zeit oder ein besseres Ergebnis erzielen würde. Die Entscheidung liegt bei dem im Auftrage an die Kkn bestimmten Beratungsfacharzt, der auch selbst als Facharzt behandeln darf.

Während das Beratungsfacharztverfahren früher auf der Initiative des praktischen Arztes beruhte, „funktioniert" es jetzt — auf Grund der Bestimmungen des RVA von 1936 — automatisch, nachdem die Bgen den Kkn diejenigen Verletzungsarten bezeichnet haben, die eine Überweisung an den Beratungsfacharzt angezeigt erscheinen lassen. Es sind das in der Regel die schweren und minderschweren Verletzungen, wie sie bereits in den Richtlinien für die bgl Heilfürsorge genannt sind.

3.) Das Augen- und Ohrenarztverfahren.

Auf Verlangen einer Bg hält die Kk sämtliche Unfallverletzten der Bg mit einer Augen- oder Ohrenverletzung dazu an, sofort nach der Krankmeldung und möglichst noch vor der ersten Inanspruchnahme eines Kassenarztes den nächstwohnenden oder am leichtesten erreichbaren Facharzt zu Rate zu ziehen. Dabei kann die Bg diejenigen Fälle ausnehmen, in denen sich durch die vom Kassenarzt geleistete Erstliilfe eine weitere Behandlung erübrigt. Der Facharzt beurteilt, ob fachärztliche Behandlung angezeigt ist. Ist dies der Fall und Behandlung in einer Heilanstalt erforderlich, so leitet er diese im Auftrag der Bg sofort ein. Reicht fachärztliche Behandlung aus, so veranlaßt er sie auf Rechnung

der Bg, falls nicht schon die Kk in solchen Fällen fachärztliche Behandlung zu gewähren pflegt.

Auch bezüglich der Augen- und Ohrenverletzungen ist ebenso wie schon im D-Arztverfahren an den Betrieb die Weisung der Bg ergangen, jeden Augen- oder Ohrverletzten sofort zu einem Facharzt, dem Augen- bzw. Ohrenarzt, zu schicken.

Übrigens gewährte die Mehrzahl der Kkn bei diesen Erkrankungen satzungsgemäß schon selbst ein fachärztliches Heilverfahren.

4.) Das Verletzungsartenverfahren.

Während das D-Arztverfahren darauf abzielt, einzeln festzustellende Verletzungsfälle aus der Gesamtheit der Unfälle für bgl. Heilbehandlung auszuwählen, findet beim Verletzungsartenverfahren schon im voraus ganz allgemein eine Auswahl statt von bestimmten schweren Verletzungsarten, die stets eine stationäre bgl. Behandlung erfordern, und zwar in bestimmten von den Bgen bezeichneten Heilanstalten.

Die Bgen können die Kkn beauftragen, bei gewissen Verletzungsarten stets bgl. Krankenbehandlung zu gewähren. Sie können deren Einleitung auch von einem bestimmten Alter des Verletzten abhängig machen.

Der Auftrag wird entweder von einer einzelnen Bg oder einheitlich vom Landesverband erteilt. Er kann auch für einen Teil der örtlich beteiligten Bgen gelten.

Gleichzeitig mit diesem Auftrag sind der Kk die für die Behandlung von Unfallverletzten geeigneten Ärzte (Arzt) [83]) und Heilanstalten (Heilanstalt) [84]) zu bezeichnen. Für die bgl. Krankenbehandlung in Form der Heilanstaltspflege kommen besonders folgende Verletzungsarten in Frage (§ 6 der Bestimmungen des RVA. 1936):

1. Die offenen (komplizierten) Splitterbrüche des Schädeldachs,
2. die Brüche des Schädeldachs oder Schädelgrundes, wenn sie mit Lähmungs- oder Hirndruckerscheinungen verbunden sind,
3. alle Kieferbrüche und Kieferverrenkungen,
4. Verletzungen des Brustkorbs, wenn sie mit der Öffnung des Brustfells oder mit erheblichem Erguß in den Brustfellraum oder mit stärkerem Blutverlust verbunden sind,
5. stumpfe oder durchbohrende Bauchverletzungen,
6. Verletzungen mit Eröffnung großer Gelenke (naheliegend besonders bei tieferen Wunden in handbreiter Umgebung des Kniegelenks),
7. alle Wirbelsäulen- und Beckenbrüche,
8. alle Oberschenkelbrüche,
9. alle Fersenbeinbrüche,
10. die Brüche beider Knöchel,
11. die Brüche eines Knöchels, wenn die Bruchstücke verschoben sind,
12. die Speichenbrüche, wenn eine stärkere Verschiebung der Hand vorliegt oder der Verletzte wenigstens 50 Jahre alt,
13. der Grundgliedknochenbruch mehrerer Finger,

---

[83]) Zum Begriff des „geeigneten Arztes" siehe oben S. 65 und unten S. 91.

[84]) Zum Begriff der „geeigneten Heilanstalt" siehe S. 93 ff.

14. der Knochenbruch beider Arme, beider Beine, eines Arms und zugleich eines Beins, eines Arms zugleich im Ober- und Unterarm, eines Beins zugleich im Ober- und Unterschenkel;

im übrigen

15. alle offenen (komplizierten) Knochenbrüche (als solche Verletzung gilt nicht die Abquetschung eines Fingers oder Fingergliedes),
16. die nichtoffenen (unkomplizierten) Brüche größerer Röhrenknochen, wenn sie erschwert sind
    a) durch starke Verschiebung, Verdrehung, Splitterung oder
    b) durch Mitverletzung (Quetschung, Stauchung, Zerrung, Verrenkung usw.) großer Gelenke oder
    c) durch Sitz der Verletzung in der Nähe großer Gelenke, sodaß deren mittelbare Schädigung möglich ist (mit Ausnahme des Schlüsselbeinbruchs, des Bruchs des Wadenschaftes und der unter 10 bis 12 nicht aufgeführten Knöchel- und Speichenbrüche,)
    d) durch mehrfachen Bruch desselben Knochens,
17. alle Ausrenkungen großer Gelenke,
18. alle nicht sofort wieder eingerenkten Ausrenkungen kleiner Gelenke,
19. alle schweren Gelenkquetschungen mit Ausnahme der Quetschungen von Finger- und Zehengelenken,
20. alle Verletzungen großer Nervenstämme an Arm oder Bein,
21. alle Verletzungen wichtiger Sehnen, besonders an Hand und Fingern (als solche Verletzung gilt nicht die Sehnendurchtrennung bei Finger- oder Fingergliedverlust),
22. alle fortschreitenden eitrigen Entzündungen, namentlich auch Sehnenscheidenentzündung, besonders an Hand und Fingern,
23. alle ausgedehnten oder tiefgehenden Weichteilverletzungen, besonders auch Verbrennungen, namentlich an Hand und Fingern.

Nur soweit die Bgen diese Verletzungsarten, aber auch andere besonders genannte, im Auftrag bezeichnet haben, überweist die Kk den Verletzten — im Auftrag der zuständigen Bg — unverzüglich einer hiernach in Betracht kommenden Heilanstalt.

Die einzelne Bg kann, ebenso wie der Landesverband an die Kkn, auch an die Betriebe ihrer Zuständigkeit den Auftrag gleichen Inhalts zur unverzüglichen Überweisung des Unfallverletzten richten.

Die Anwendung der Verfahren.

Diese vier Verfahren zur Einleitung bgl. Krankenbehandlung sind alle in der Praxis entstanden; jedes hat seine besondere Bedeutung und damit seine eigene Berechtigung. Es braucht nur ein Verfahren allein angewandt werden, es können aber auch mehrere oder alle in einem Bezirk nebeneinander vorkommen, sie schließen sich nicht aus, ergänzen sich vielmehr gegenseitig; das richtet sich je nach ihrer Anwendung und der wirtschaftlichen Struktur ihres Geltungsbezirks.

Gemeinsam haben sie das Ziel, so früh wie möglich nach dem Unfall die Einleitung bgl. Heilbehandlung dort zu gewährleisten, wo eine solche im Sinne der Unfallheilfürsorge am Platze ist. Sie haben die gemeinsame Aufgabe, diese Entscheidung über die Krankenbehandlung sofort herbeizuführen, sie also aus der verwaltungsmäßigen Unfallsachenbearbeitung der Bg heraus möglichst nahe an das Unfallereignis vorzuverlegen. Sie

sollen vor allem bewirken, daß bereits die ersten Maßnahmen mit der erforderlichen Fachkenntnis vorgenommen werden.

Während das Beratungsfacharztverfahren mehr ergänzender Natur ist und meistens zum D-Arztverfahren oder dem Verletzungsartenverfahren hinzutritt, vor allem aber auch in weniger dicht besiedelten Gebieten anwendbar ist und dort daher anstelle des D-Arztverfahrens vorherrscht, ist das Augen- und Ohrenarztverfahren kraft seiner besonderen Eigenart überall nicht nur stets berechtigt, sondern auch wirklich verbreitet.

Daß das Verletzungsartenverfahren sich schon sehr frühzeitig und schnell durchsetzen konnte, sodaß es heute überall angewandt wird, ist einleuchtend. Nur die Abgrenzung und Einbeziehung minderschwerer Verletzungen hatte bei seiner Einführung zunächst manche Schwierigkeiten gemacht. Die vieljährigen Erfahrungen der Bgen haben allerdings dahin geführt, daß allmählich eine Abgrenzung gelang, die den tatsächlichen Bedürfnissen entspricht, sodaß die anfänglichen Schwierigkeiten heute als behoben gelten können.

Mitunter allein, zumeist aber neben dem Verletzungsartenverfahren kommt heute in allen dichter besiedelten Gebieten das D-Arztverfahren vor. Es hat seine ganz besonderen Vorteile. Dennoch trug es den Bgen seitens der frei praktizierenden Ärzte und der Kassenärzte lange Zeit nur stärksten Widerspruch und heftigste Angriffe ein. Bevor wir uns mit dem Wesen des D-Arztverfahrens beschäftigen, ist daher zunächst einmal vorauszuschicken:

Selbst dort, wo das Verletzungsartenverfahren angewandt wird, bleibt immer noch eine Reihe von Verletzungsfällen nicht erfaßt, in denen ein Facharzt, der zudem unfallmedizinisch erfahren ist, besser als der Allgemeinpraktiker entscheiden kann, ob die Verletzung eine spezielle Heilbehandlung gebietet oder nicht.

Da nun ein unmittelbares Interesse am Ergebnis der Heilbehandlung bei der Bg zweifellos in größerem Maße vorhanden ist als bei der Kk (deren Leistungspflicht ja sachlich und zeitlich beschränkt ist), ist es Pflicht der Bg, in allen begründeten Fällen schon frühestens mit bgl. Krankenbehandlung einzusetzen. Erstes Gebot ist daher: Der Verletzte muß sofort zum Facharzt; der entscheidet, ob kassenärztliche Behandlung genügt.

Zu diesem Zweck bedienen sich die Bgen eines unfallmedizinisch erfahrenen Facharztes, durch dessen Untersuchung auf Anweisung der Bg alle Frischverletzten gehen müssen (sofern sie nicht schon auf Grund des Verletzungsartenverfahrens erfaßt werden). Kommt der Verletzte zunächst zum Kassenarzt, so hat dieser ihn nach der erforderlichen Erstversorgung umgehend dem D-Arzt zuzuweisen.

Diese Über- bzw. Unterordnung und die Möglichkeit des Eingriffs in die Praxis des Allgemeinarztes mit all ihren weitläufigen Folgen war Grund und Anlaß zugleich für den Widerstand der Ärzteschaft gegen dieses System.

Daß sich das D-Arztverfahren dennoch behaupten und durchsetzen konnte, beweist, daß die Vorwürfe, die den angeblichen Nachteilen galten, sachlich unbegründet waren.

Richtig gehandhabt, wird dieses Verfahren das Ansehen des praktischen Arztes keineswegs untergraben, wenn er nämlich den Verletzten, wie vorgesehen, rechtzeitig zur durchgangsärztlichen Untersuchung schickt. Der D-Arzt hat bessere Mittel zur einwandfreien Diagnostik, und diese wollen die Bgen mit einer solchen fachärztlichen Untersuchung eben sicherstellen. Hiervon kann auch der Allgemeinpraktiker, wenn er sich mit dem D-Facharzt ins Benehmen setzt, nur lernen und Vorteil ziehen.

Es findet keine ungerechte Bevormundung statt, denn der Facharzt hat ja gerade auf seinem Gebiet die größere Erkenntnis- und Beurteilungsfähigkeit vor dem Allgemeinarzt voraus.

Nur diejenigen Unfallerkrankten werden ihm entzogen, die eine ganz besondere Behandlung erhalten sollen. — Im Ärzteabkommen hatten sich die Bgen freiwillig darauf beschränkt, nicht mehr als 25 bis 30% der Unfallerkrankten in bgl. Krankenbehandlung zu nehmen. Praktisch jedoch liegt die für die praktischen Ärzte ungünstigste Zahl unter 20%; beim Landesverband Südwestdeutschland waren es beispielsweise im Jahre 1937 nur 8,6% und 1938 nur 9,9% der Unfallverletzten, die der D-Arzt in eigene Behandlung nahm. Wenn man rechnet, daß die Unfallerkrankungen etwa 10% aller Erkrankungsfälle ausmachen, so bedeutet dies, daß infolge des D-Arztverfahrens die Zahl der Behandlungsfälle aller praktischen oder Kassenärzte insgesamt nur um 1 bis 2% geschmälert wird. Die individuelle Auswahl bürgt hierbei für die Berechtigung eines solchen Eingriffs. Denn was auf diese Weise erreicht werden soll, ist ja gerade die besondere Behandlung, die in gewissen Fällen an die Stelle einer allgemeinen treten soll.

Ein „Entzug aus der Behandlung des erstbehandelnden Arztes" findet dabei wiederum nur zu einem ganz geringen Teil statt, da der Verletzte grundsätzlich zuerst den D-Arzt aufsucht. Übernahmen aus irgendeiner Behandlung in bgl. Krankenbehandlung bilden daher Ausnahmen und lassen sich, wenn sie schon vorgenommen werden, mit Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung stets rechtfertigen. Es verhält sich also eher umgekehrt: Diejenigen Verletzten, die keiner fachärztlichen Behandlung bedürfen, werden vom D-Arzt noch der Behandlung des praktischen Arztes zugeführt. Der praktische Arzt bringt also gar kein echtes Opfer, wenn er auf die 1 bis 2% angeblich im voraus verzichtet; denn deren Behandlung stände ihm sowieso nicht zu.

Der notwendig bedingte Leerlauf — nur ein Zehntel der D-Untersuchungen führt zu einem bgl. Heilverfahren — ist ohne große Bedeutung gegenüber den günstigen Ergebnissen, die mit dem D-Arztverfahren erzielt werden. Das D-Arztverfahren ist also an sich nicht nachteilig, es kommt nur darauf an, daß es in der richtigen Art und Weise gehandhabt wird.

Die Bgen stellen deshalb an den D-Arzt sehr hohe Anforderungen auf fachlichem wie auf ethischem Gebiet.

So muß der D-Arzt nicht nur ein angesehener Facharzt für Chirurgie, sondern zugleich unfallmedizinisch besonders vorgebildet und unterrichtet sein.

Er muß mit dem modernen Rüstzeug der Diagnostik (Röntgen usw.) wie

auch der Therapie für Erstversorgung oder Weiterbehandlung versehen sein.
Er muß für die Verletzten seines Bezirks leicht und jederzeit erreichbar sein, sodaß man auch geringfügig Verletzten zumuten kann ihn aufzusuchen, bevor sie andere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.
Er muß gute Beziehungen zu seinen Berufskameraden haben und über einen hervorragenden Takt verfügen, denn er soll in taktvoller Weise ein beratendes Verhältnis zur Allgemeinärzteschaft pflegen.
Er muß eine sittlich ernste Haltung wahren und unzugänglich für unsachliche Einflüsse aller Art sein.
Er darf dem Allgemeinpraktiker gegenüber keine falsche Nachgiebigkeit zeigen, er darf ihm, weil er ihm vielleicht sonstiges chirurgisches Material zuweist, nicht zu wenig und mit Rücksicht auf persönlichen materiellen Vorteil zu viel Unfallverletzte entziehen und in (eigene) fachärztliche Behandlung nehmen.

All diesen Anforderungen hat der D-Arzt gerecht zu werden, soll sich der Erfolg des Systems, das nicht nur den Verletzten und den Bgen, sondern sogar den Allgemeinpraktikern zugutekommt, nicht in sein Gegenteil verkehren. Die letzte Verantwortung tragen die Bgen; ihre Aufgabe ist es, ein positives Verhältnis zur Ärzteschaft herzustellen und darauf bedacht zu sein, in aufrichtiger Zusammenarbeit sich gegenseitig zu fördern.

3. Auswirkungen der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge.

a) Die erste Hilfe bei Unfällen in den Betrieben.

Einen wichtigen Abschnitt in der Heilbehandlung des Verletzten bildet bereits die erste Hilfe, die ihm nach Eintritt des Unfalls zuteil wird. Ihr kommt in gleichem Ausmaß wesentliche Bedeutung zu wie der ersten ärztlichen Versorgung; genau wie diese ist sie mit ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Heilung. Hängt doch von der Verhütung einer Infektion durch einen sachgemäßen Wundverband, von einer rasch einsetzenden künstlichen Atmung bei einer Gasvergiftung, von einem schonenden Transport des Verunglückten in vielen Fällen die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder sogar die Erhaltung des Lebens ab, während unzulänglich oder gar falsch ausgeübte erste Hilfe nicht nur den Heilerfolg verzögert, sondern sich zumeist nachteiliger auswirkt, mitunter sogar imstande ist, den ursprünglich noch erzielbaren Erfolg zu vereiteln. Die Pflege der ersten Hilfe ist deshalb eine sittliche Pflicht; sie ist aber auch zur finanziellen Entlastung der Bgen geboten.

Im Augenblick des Unfalls ist in den seltensten Fällen ein Arzt zur Stelle, der die notwendige Versorgung sofort vornehmen könnte. Bis ärztliche Versorgung möglich ist, muß daher dem Verletzten eine vorläufige erste Hilfe zuteilwerden. Diese stellt immer nur eine Nothilfe dar, die vom Laien ausgeübt werden kann, und muß sich streng auf das vor dem Eingreifen des Arztes Notwendige und Zweckmäßige beschränken. Keinesfalls darf sie dem Arzte vorgreifen oder gar ihn zu ersetzen suchen. Hierauf haben die Bgen stets ihr besonderes Augenmerk gerichtet, da andernfalls die Gefahr der Kurpfuscherei naheläge.

Die Notwendigkeit, auch das Gebiet der ersten Hilfe zu fördern, war schon früh erkannt worden, doch führten die diesbezüglichen Anregungen der Neunziger Jahre noch kaum zu praktischen Ergebnissen. Wurde zwar in der Folge von seiten der Bgen auch manches getan, was der Ausgestaltung der ersten Hilfe dienlich war, so brachte doch erst die gesetzliche Neuordnung des Jahres 1925 hier einen wirksamen Wandel. Seither beruhen die Einrichtungen und die Betätigung der ersten Hilfe nicht mehr nur auf Freiwilligkeit oder einer Selbstverpflichtung nach freiem Ermessen; nunmehr sind die Unternehmer auf Grund gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet, für eine ausreichende erste Hilfe Sorge zu tragen.

Nach § 848 RVO müssen die Bgen dafür sorgen, daß, soweit es nach dem Stande der Technik und der Heilkunde und nach der Leistungsfähigkeit der Wirtschaft möglich ist, Unfälle verhütet werden und bei Unfällen dem Verletzten eine wirksame erste Hilfe zuteilwird. Daher können — nach § 848 b RVO — in den Unfallverhütungsvorschriften den Mitgliedern Verpflichtungen für die erste Hilfe bei Unfällen und den Verletzten Verpflichtungen für ihr Verhalten bei Unfällen bindend auferlegt werden. Die Verpflichtung der Betriebe zur Unterstützung solcher Maßnahmen der Bgen, die sich auf die erste Hilfe bei Unfällen beziehen, ergibt sich auch aus § 1543 c RVO, wonach der Unternehmer ganz allgemein verpflichtet ist, seine Bg bei der Durchführung der Unfallversicherung zu unterstützen.

Gehört die erste Hilfe als Teilaufgabe der Heilbehandlung zwar zur umfassenden Heilfürsorge der Bgen, nicht aber zur Unfallverhütung, so wirkt sie doch wie diese als Schutz vor Verschlimmerung, also vorbeugend. Deshalb und aus praktischen organisatorischen Erwägungen haben die Maßnahmen zu ihrer Durchführung von vornherein Aufnahme in die der Vorbeugung dienenden „Unfallverhütungsvorschriften" gefunden.

So wurde durch die beim Verband bestehende „Kommission zur Bearbeitung der Normalunfallverhütungsvorschriften" in diese Vorschriften ein besonderer Abschnitt „Fürsorge für den Verletzten" eingefügt. „Neben einigen Bestimmungen über die Unterbrechung der Arbeit bei nicht durch Notverband geschützten Verletzungen und über die Erfordernisse für die Wiedereinstellung Verletzter enthielt dieser Abschnitt der ersten Normalunfallverhütungsvorschriften vom Jahre 1896 bereits die Forderungen, daß in jedem Betrieb mindestens eine Tafel mit einer allgemein verständlichen und, soweit erforderlich, durch entsprechende Abbildungen erläuterten Beschreibung der ersten Hilfe bei Unfällen auszuhängen habe, und daß das notwendige Verbandmaterial gegen Verunreinigung durch Staub usw. geschützt, vorrätig zu halten sei." [85])

Verantwortlich für die Sicherstellung der Ersten Hilfe ist nach den Verbandsvorschriften über „Erste Hilfe und Verhalten bei Unfällen" [86]) allein der Unternehmer. Danach ist er hinsichtlich des Unfallereignisses ganz allgemein verpflichtet, dafür zu sorgen,

[85]) Michels: Unfallverhütung und erste Hilfe, a. a. O., S. 87.

[86]) „Normalunfallverhütungsvorschriften über erste Hilfe und Verhalten bei Unfällen" beim Reichsverband der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften, Berlin.

1. daß der Unfallverletzte sofort die notwendige erste Hilfe erhält, daß er bei weniger leichten Verletzungen umgehend in die Behandlung eines Arztes kommt bzw. in eine Heilanstalt aufgenommen wird;
2. daß die erforderlichen Transportmittel zur Verfügung stehen oder bei Bedarf sofort beschafft werden können;
3. daß die Arbeit mindestens solange unterbrochen wird, als eine offene Wunde nicht sachgemäß verschlossen ist.

Im einzelnen gilt folgendes:

a) In jedem Betrieb ist mindestens ein Plakat mit einer allgemein verständlichen Beschreibung der ersten Hilfe und entsprechenden Abbildungen an leicht erreichbarer Stelle auszuhängen. Je nach den Verhältnissen sind dort auch Angaben zu machen über Verbandkasten, Betriebshelfer, Verbandstube, Transportmittel, Unfallmeldestelle, Arzt und Krankenhaus.

Schon die Normalunfallverhütungsvorschriften von 1896 hatten eine solche Forderung enthalten. Doch war den Bgen und den Betrieben in der Beschaffung dieser Tafeln zunächst meistens freie Hand gelassen, bis durch den Verband im Wege eines Preisausschreibens 1912 eine geeignete „Anleitung zur ersten Hilfe bei Unfällen" geschaffen wurde. Nach einigen Änderungen 1923 wurde sie schließlich im Jahre 1931 unter Mitarbeit aller beteiligten Kreise (vorwiegend Vertretern der Gewerbeärzte und des Rettungswesens) dem neueren Stand der ärztlichen Wissenschaft angepaßt.

So zeigt z. B. gerade der Abschnitt über Wundbehandlung deutlich den Wandel im Lauf der Zeit. Während man früher die Wunde desinfizierte, d. h. mit keimtötenden Flüssigkeiten behandelte, wobei seltener diese Wirkung erzielt als eher das Gewebe mehr oder weniger zerstört wurde, ging man später von dem fäulnishemmenden (antiseptischen) zum keimfreien (aseptischen) Verfahren über. Dies geschah, seit der Chirurg Friedrich festgestellt hatte, daß Krankheitskeime in der Wunde erst nach 6 bis 8 Stunden durch Auskeimen und Vermehrung in die Blutbahn gelangen, sodaß es für den Arzt möglich ist, vor Ablauf dieser Zeit durch Ausschneiden der Wunde die Krankheitskeime zu beseitigen und die Wunde wie eine frische Operationswunde nach den Regeln des keimfreien Verfahrens (Asepsis) endgültig zu versorgen.

Nach dem Grundsatz, daß Laienhilfe kein Ersatz für die ärztliche Behandlung, sondern nur ein Notbehelf bis zur Ankunft des Arztes sein soll, sind in der Anleitung nur solche Maßnahmen behandelt, die der Laiennothelfer durchführen darf. Zum schnellen Verständnis wurde auf einfache klare Darstellung und größte Kürze besonderer Wert gelegt. Dabei wurde berücksichtigt, daß die erste Hilfe nicht allein das Anlegen richtiger Verbände, sondern auch das allgemeine Verhalten, das Aufheben und den Transport des Verunglückten umfaßt.

b) In jedem, auch dem kleinsten Betrieb ist das notwendige Verbandzeug vorrätig zu halten. Es muß stets ergänzt sein, schnell erreichbar und gegen Verunreinigung geschützt aufbewahrt werden. Jeder Verbandkasten muß die Anleitung zur ersten Hilfe bei Unfällen enthalten.

Auch für die Zusammenstellung des notwendigen Verbandzeuges gilt der Gesichtspunkt, daß sich die Laiennothilfe nur auf die bis zum Ein-

greifen des Arztes notwendigen Maßnahmen beschränken soll. Dieses notwendige und zulässige Verbandzeug wurde in Zusammenarbeit mit den Stellen des öffentlichen Rettungswesens, sowie mit erfahrenen Unfall- und Gewerbeärzten zusammengestellt. Die „Einheitsverbandkästen" enthalten daher nur das unbedingt Notwendige, dies aber vollständig, und nichts Überflüssiges oder Schädliches.

c) Größere Betriebe richten zweckmäßig Verbandstuben ein, in denen stets Heilgehilfen zur Stelle sind. Um Klarheit über die Einrichtung solcher Verbandstuben zu schaffen, gelten auch hierfür Richtlinien des Verbandes.

d) Wo die Betriebsverhältnisse es erfordern, sind Krankenbeförderungsmittel bereitzuhalten. Es sind dies Behelfstragen, Krankenbahren und Krankenwagen, sei es als Rollwagen, als Anhänger oder als Kraftwagen.

e) Möglichst in jedem Betriebe sollen für die erste Hilfeleistung sachgemäß vorgebildete und jederzeit erreichbare Betriebshelfer vorhanden sein.

Die Ausbildung solcher Betriebshelfer war schon auf den ersten Berufsgenossenschaftstagen Gegenstand der Aussprache, was bereits 1898 allgemeine Vereinbarungen zwischen dem Verband und dem Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz zur Folge hatte. Aber erst mit der Aufstellung eingehender Leitsätze durch den Reichsverband, das Reichsversicherungsamt und das Rote Kreuz führten die Bestrebungen dazu, daß in 8 Städten Ausbildungskurse mit ausgezeichnetem Ergebnis veranstaltet wurden. Infolgedessen kam es immer häufiger zur Bildung von örtlichen Ausschüssen, die solche Kurse anregten und durchführten. Seit dem Jahre 1913 bildeten dann die örtlichen Vereinigungen der Bgen mit den zuständigen Provinzialvereinen vom Roten Kreuz Arbeitsgemeinschaften, die, um eine zu starke Dezentralisation zu vermeiden, die Veranstaltung der Kurse übernahmen. Der Krieg und die Nachkriegszeit unterbrachen diese Entwicklung, bis nach Überwindung der wirtschaftlichen Krisenjahre die Kurse in größerem Umfang wieder aufgenommen werden konnten. Um zu erreichen, daß bei all diesen Lehrgängen die Ausbildung nach gleichen Richtlinien und Gesichtspunkten erfolgt, gab der Verband einen „Leitfaden für die Ausbildung in der ersten Hilfe (Laienhilfe) bei Unfällen" von Dr. Koch, Gelsenkirchen-Buer, heraus.

Veranstalter der Kurse sind auch gegenwärtig noch die Landesverbände, während die Durchführung bei den Ersthilfeorganisationen (z. B. Rotes Kreuz) liegt.

f) Unter Umständen können — bei besonderen, bekannten Betriebsgefahren — entsprechende Spezialrettungsmittel vorgeschrieben werden (so z. B. Gasschutzgeräte, Wiederbelebungsgeräte usw.).

g) In größeren Betrieben, wo 50 und mehr Versicherte arbeiten, ist ein Verbandbuch zu führen, in das jede Hilfeleistung eingetragen wird.

Über das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall ist bestimmt:

Jede Verletzung ist dem Betriebe unverzüglich zu melden, sei es durch den Betroffenen selbst oder, wenn dies nicht möglich, durch einen Mittelsmann. Der Verletzte hat die Arbeit auszusetzen, solange die Wunde nicht keimfrei verschlossen ist. Bei Betriebsunfällen nicht ganz

leichter Art ist jeder Verletzte verpflichtet, sich von der nächsterreichbaren Stelle erste Hilfe leisten zu lassen. In jedem Fall muß er die Anordnungen des Unternehmers, des Ersthelfers und der Bg befolgen.

Damit alle Maßnahmen und Einrichtungen, welche die erste Hilfe zum Inhalt haben, auch dauernd den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen, werden sie durch die Zentralstelle für Unfallverhütung überwacht. Diese hat daher für ihre technischen Aufsichtsbeamten, die mit der Überwachung betraut sind, regelmäßig wiederkehrende Lehrgänge über die erste Hilfe und das Heilverfahren eingerichtet. In diesen Lehrgängen wird das gesamte Gebiet der ersten Hilfe mit allen Einzelheiten vorgetragen und — wie in den Laienhelferkursen — auch praktisch geübt. In den bgl. Krankenhäusern, wo diese Kurse meistenteils stattfinden, ist außerdem Gelegenheit geboten, bei Frischverletzten die richtige Wundversorgung kennenzulernen.

b) Berufsgenossenschaft und Arzt und die Fortschritte in der Unfallmedizin.

Die Unfallheilfürsorge der Bgen hat zum Mittelpunkt das Heilverfahren, das dem Verletzten zuteilwerden soll. Die Bg muß sich also um Anordnung und Durchführung der jeweils erforderlichen Heilbehandlung kümmern. Ihre Sorgfalt gilt der Durchführung und den Methoden der Behandlung. Bei all ihren Maßnahmen und bei aller Tätigkeit, soweit sie mit der Heilfürsorge in Zusammenhang stehen, ist sie stets auf den behandelnden Arzt angewiesen. Sie muß also auch der Wahl des Arztes ihre besondere Beachtung schenken.

Aus dem Bestreben heraus, dem Verletzten die bestmögliche Heilung zu vermitteln, scheuten die Bgen weder Kosten noch Mühen, sei es bei der Gewährung der Mittel und der Verfahren oder bei dem Versuch, unfallmedizinisch befähigte Fachärzte zu erhalten.

Unfallmedizinisch erfahrene und bewährte Fachärzte gab es im Verhältnis zu den Ansprüchen der Bgen stets nur in geringer Zahl. Dem Unfallmediziner galt daher von Anfang an ihr besonderes Augenmerk, und so erklärt es sich, daß sich die Unfallheilfürsorge um einzelne hervorragende Fachärzte konzentrierte, daß damit die erfolgreichen Heilanstalten stärker in den Vordergrund des bgl. Interesses traten, und daß vor allem das D-Arztverfahren wachsende Anerkennung und Verbreitung erfuhr.

Im Wesen des Fortschritts liegt es, daß er stets zunächst in Einzelergebnissen in Erscheinung tritt, daß das Erreichte dann allmählich allgemeine Aufnahme findet und wiederum Ausgangspunkt zu weiterem Fortschritt wird. Das gleiche trifft auf den unfallmedizinischen Fortschritt zu, d. h., an einzelnen Stellen der Forschung und der Spezialpraxis ergeben eingehende Untersuchungen neue bessere Wege, deren sich mit Gewinn die Gesamtheit der Ärzte bedienen könnte, würden sie auch alsbald allgemein bekannt werden. Es gilt dies ebenso gegenüber dem Allgemeinpraktiker wie auch den Fachärzten gegenüber.

Die Bgen fanden daher schon sehr bald Mittel und Wege, für einen Austausch der Erfahrungen zu sorgen: an verschiedenen Plätzen im Reich

riefen sie Arbeitsgemeinschaften ins Leben, welche die unfallmedizinischen Fachärzte und die Leiter der bgl. Sektionen vereinen. Es soll dadurch ein Erfahrungsaustausch nicht nur von Arzt zu Arzt stattfinden, sondern auch zwischen Arzt und Versicherungsträger.

Den leitenden Beamten der Bgen soll hier das Gebiet der Unfallmedizin so eindringlich wie möglich vor Augen geführt werden. Denn die verantwortungsvolle Tätigkeit der Bgen auf dem Gebiet der Heilfürsorge verlangt auch umfangreiche Kenntnisse medizinischer Zusammenhänge und ärztlicher Behandlungsmethoden. Ohne diese Voraussetzung ist eine wirksame Heilfürsorge der Bgen kaum denkbar. So tragen diese Arbeitsgemeinschaften nun dazu bei, daß die Bgen über die unfallmedizinischen Fortschritte dauernd auf dem laufenden gehalten werden und infolgedessen eine Heilfürsorge gewähren können, die tatsächlich das Beste darstellt, was auf ihrem Gebiete möglich ist.

Gleichfalls sollen andererseits die Vorträge der bgl. Teilnehmer die Ärzte nicht nur in die Ziele, Mittel und Wege und in das Verfahrensrecht der Unfallversicherung, sondern auch in die Rechtsprechung des RVA einführen, um durch Vermittlung dieser Kenntnisse ihr Mitarbeiten sinnvoller und zweckentsprechender zu gestalten und damit eine praktisch wirksame Gemeinschaft zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern herzustellen.

Initiative und Anregung zu diesen Fortbildungskursen gehen im allgemeinen von den Bgen aus, während die Durchführung in Händen eines Unfallmediziners liegt. Es handelt sich dabei um Vorträge fachlicher Art, um Berichte und Darstellungen bestimmter Operations- und Heilmethoden und der damit erzielten Fortschritte; auch der Film gehört als unentbehrliches Anschauungsmittel dazu.

In Erkenntnis der Wichtigkeit vollkommener unfallmedizinischer Behandlungsmethoden haben die Bgen schon lange vor dem Weltkriege versucht, die medizinische Prüfungsordnung in diesem Sinne zu beeinflussen. Zum Teil waren diese Bemühungen erfolgreich, z. T. auch nicht. Denn wenn Unfallmedizin auch kein Spezialfach für sich darstellt, so bedeutet ihre besonders weitgehende Berücksichtigung zwar noch nicht die Einführung eines neuen Fachs, aber doch immerhin eine weitere Spezialisierung der Ausbildung; eine noch weitergehende Spezialisierung der Ausbildung für den Facharzt und eine Verlängerung der Ausbildungdauer, wozu die stärkere Berücksichtigung unfallmedizinischer Gesichtspunkte führen müßte, läßt sich kaum durchführen. Auch für die Fortbildung ließe sich auf diesem Wege nichts Wesentliches erreichen. So schlossen sich die Bgen später der neueren Auffassung an, daß es zunächst die Förderung des Allgemeinarztes gelte, wenn auch unter gewisser Berücksichtigung eben der Unfallmedizin.

„Auch für den Allgemeinarzt kann ein Mindestmaß unfallmedizinischer Eignung nicht entbehrt werden. Er muß die die große Mehrzahl bildenden leichteren Unfallverletzungen selbst behandeln können, also vor allem die sog. kleine Chirurgie in moderner Weise beherrschen, darüber hinaus für schwerere Verletzungen, die fachärztliche Behandlung erfordern, die sofort notwendigen Maßnahmen sachgemäß treffen, ferner Krankheitsberichte und Rentengutachten in einfachliegenden Fällen ein-

wandfrei erstatten können, wozu die Kenntnis der Grundlagen der Unfallversicherungsgesetzgebung und -rechtsprechung, aber auch die Beherrschung des Notwendigen aus Technik und Psychologie der Begutachtung gehört, er muß psychotherapeutisch geschult sein, daß er sich auf den Unfallverletzten in individueller, die besondere Beschaffenheit und Lage des einzelnen Menschen berücksichtigender Weise richtig einzustellen und vor allem die bei Unfallverletzten so naheliegenden psychischen Nachteile zu verhüten versteht, und er muß endlich standeskundig sein, d. h. die Rechte und Pflichten des Arztes (auch die aus zentralen Verträgen wie dem Ärzteabkommen zwischen Ärzten und Bgen entspringenden), die Gebührenordnung u. a. m. kennen."[87])

Die hohen Anforderungen der bgl. Unfallheilfürsorge an die Ärzte stellen ein Ausleseprinzip dar, das sich über die wirklich erfaßten Fachärzte hinaus auf diesen Stand und schließlich als Mittel der Anregung und indirekten Förderung auf den gesamten Ärztestand ausgewirkt hat. So wie die Bgen zunächst auf die Ärzte angewiesen sind, so beruht andererseits der medizinische Fortschritt, auch hinsichtlich der ärztlichen Behandlungsmethoden, nicht unwesentlich auf den vielseitigen Anregungen, die das bgl. Wirken gab, und auf der nur bei der Bg. möglichen übersichtlichen Ansammlung unfallmedizinischen Materials, welche Einblicke in weitläufige Zusammenhänge gestattete und dem Arzt neue Wege der Erkenntnis wies.

c) Die Ausgestaltung der Heilanstalten und die Bedeutung der Sonderstationen.

Wir sahen bis jetzt, welche Richtung die Entwicklung der Heilkunde unter dem indirekten Einfluß der Bgen genommen hat, und wie der Arzt aus der Förderung des Heilverfahrens durch die Bgen nur Nutzen gezogen hat. Denn den wissenschaftlichen Untersuchungen auf ursächliche Zusammenhänge mit den Unfallfolgen und den fortwährenden Anregungen der Unfallversicherungsträger verdankt die ärztliche Wissenschaft mit zu einem guten Teil den Aufschwung auf ihren gegenwärtigen Stand. Hand in Hand mit der Verlagerung des Schwergewichts auf fachgemäße Behandlung von Anfang an unter dem Gesichtspunkt „Erhaltung und Schutz der Erwerbsfähigkeit" ging die Ausgestaltung, die technische und medizinische Verbesserung der Heilanstalten vor sich.

Die Bgen bevorzugten nun gemäß ihrer Aufgabe diejenigen für die Verletzten ihres Bezirks nur irgend erreichbaren Heilanstalten, deren Ausstattung und Führung die Gewähr bot, daß bei entsprechender Inanspruchnahme den Unfallerkrankten hier tatsächlich ein „besseres und wirksameres Heilverfahren" zuteilwerden würde als anderswo.

Auch dahin wirkte sich eine derartige Bevorzugung mancher Heilanstalten aus, daß diese Heilanstalten eine große Menge an Unfallmaterial sammeln konnten und infolgedessen ihre Erfahrungen beträchtlich vergrößerten, sodaß auch die Erfolge ihrer Behandlung weit über den Durchschnitt anderer Heilanstalten zu liegen kamen.

---

[87]) Lohmar: Das Unfallheilverfahren, a. a. O., S. 434.

Die Entwicklung ging schnell voran; als die Bgen 1925 vor die Aufgabe gestellt wurden, ihrer Heilfürsorge eine neue Grundlage zu geben, war es nicht leicht, immer richtig zu beurteilen, ob ein Krankenhaus, das bisher schon günstige Ergebnisse aufwies, auch die Voraussetzungen für bgl. Heilfürsorge erfüllte. Nur die absolut besten Krankenhäuser sollten für die Behandlung der Schwerverletzten (§ 6 — Fälle)[88] in Frage kommen; es durften zunächst auch nicht allzu viele sein, damit sich anhand des dadurch vermehrt anfallenden Unfallmaterials um so eher praktische Erfahrungen gewinnen ließen. Von den vorhandenen entsprach nur ein Teil den neuzeitlichen unfallmedizinischen Ansprüchen, sei es, daß es an den nötigen Einrichtungen fehlte, sei es, daß keine Fachärzte im Vollsinn des Wortes vorhanden waren, oder daß diese keine ausreichenden unfallmedizinischen Sondererfahrungen besaßen. So blieb nur übrig, aus den vorhandenen Krankenhäusern die geeignetsten auszuwählen und auf Ausbau und Vervollkommnung dieser Häuser Bedacht zu nehmen. Die erforderlichen Maßnahmen mußten rasch getroffen und einheitlich vorgenommen werden. So schaltete sich hier der Reichsverband ein und legte in den „Anforderungen an die zur Behandlung Schwerunfallverletzter von den Bgen zuzulassenden Heilanstalten" die bgl. Gesichtspunkte nieder, nach denen die Auswahl vorgenommen werden sollte. Diese Anforderungen geben wesentlichen Aufschluß über die Heilfürsorge der Bgen und ihre weitgehende Einflußnahme in diesem Zusammenhang. Sie seien deshalb nachstehend wiedergegeben.

Anforderungen

an die zur Behandlung Schwerunfallverletzter von den Berufsgenossenschaften gemeinsam zuzulassenden Heilanstalten.

I. Einrichtungen.

1. Es müssen wenigstens vorhanden sein:
   a) neuzeitlich eingerichtete Operationsräume (getrennt für aseptische und septische Operationen).
   b) voll leistungsfähiger Röntgenapparat mit Einrichtungen für stereoskopische Röntgenaufnahmen und Lagebestimmungen von Fremdkörpern (seine Beurteilung soll aufgrund der in der Heilanstalt gemachten Röntgenbilder erfolgen, da nicht nur die Einrichtung, sondern auch die Eignung des Röntgenlaboranten in Frage kommt; Filme, nicht Platten; verkleinerte Filmwiedergabe von großen Aufnahmen; Filme wenigstens 15 Jahre aufzubewahren),
   c) transportabler Röntgenapparat für Durchleuchtung und Aufnahme in Krankenzimmer und Bett,
   d) Vorrichtungen zur Behandlung von Knochenbrüchen mit Streckverbänden (auch mit Drahtzug),
   e) die notwendigsten Bewegungsvorrichtungen,
   f) hydro- und elektrotherapeutische Einrichtungen (Heißluftbäder, elektrische Bäder, Diathermie usw.).

[88]) Die Verletzungsarten nach § 6 der Bestimmungen des RVA vom 19. 6. 1936.

Die Einrichtungen zu e) und f) sowie für die Massage (Nr. 16) sollen in räumlicher Verbindung miteinander und mit den Zimmern der beteiligten Ärzte stehen.

2. Die Heilanstalt muß eine besondere chirurgische Abteilung haben, an der nur der ständig am Hause tätige, verantwortliche Facharzt behandelt. Große Krankenhäuser sollen innerhalb der chirurgischen Abteilung eine besondere Unfallabteilung haben.
3. Zur Abholung von Schwerverletzten muß jederzeit nicht nur geschultes Begleitpersonal, sondern auch ein geeigneter Krankenwagen (möglichst Auto) zur Verfügung stehen.
4. Es muß Gewähr für gute Pflege und Beaufsichtigung gegeben sein und eine zweckentsprechende Hausordnung geben.
5. Die Heilanstalt muß über die Unfallverletzten ausreichende Krankenblätter führen.
6. Wenn es dem Heilerfolge dient, ist der Unfallverletzte mehrmals am Tage zu behandeln.
7. Durch geeignete Vorkehrungen muß die rechtzeitige Meldung von Aufnahme und Entlassung und die rechtzeitige Erstattung von Gutachten, Berichten und Auskünften sichergestellt sein.
8. Weitere Einrichtungen von besonderer Zweckmäßigkeit erhöhen die Geeignetheit in sächlicher Beziehung, namentlich für Schwerverletzte, z. B. Einrichtungen zur Anwendung von Arbeits- und Sporttherapie (einfache Werkstätten zur Holz- und Eisenbearbeitung, Gehbahnen und sonstige Gelegenheit zu Gehübungen), Verbindung mit Werkstatt zur Herstellung von Kunstgliedern, Stützapparaten, orthopädischem Schuhwerk.

II. Ärzte und Personal.

9. Die Unfallverletzten dürfen nur von Fachärzten im Vollsinne des Wortes behandelt werden, also von Ärzten, die den bezüglichen Anforderungen des Hartmannbundes entsprechen. Erforderlich ist, daß außer dem Facharzte für Chirurgie wenigstens noch ein Augen- und ein Ohrenfacharzt an der Heilanstalt tätig sind oder doch am Orte konsultiert werden können. Erwünscht ist dies für einen Facharzt für innere und Nervenkrankheiten und für einen Zahnarzt.

   Wenn der Facharzt für Chirurgie nicht zugleich gynäkologisch tätig ist (sog. Chirurgogynäkologe), gilt dies als Vorzug für die Behandlung von Unfallverletzten.
10. Die Fachärzte müssen ausschließlich als solche tätig sein, dürfen also keine Allgemeinpraxis ausüben.
11. Die Fachärzte müssen Unfallmediziner sein, d. h. in der Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzten besondere Erfahrung haben (vgl. Nr. 18).
12. Die Fachärzte müssen für die Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzungen besonderes Interesse aufbringen und sich persönlich den Unfallverletzten in ausreichendem Maße widmen.
13. Auf den leitenden Facharzt für Chirurgie sollen nicht mehr als 150 Betten entfallen. Diese Zahl erhöht sich auf 200, wenn ein älterer, genügend erfahrener, selbständiger Oberarzt am Hause tätig ist, auf 300, wenn zwei solcher Oberärzte bestellt sind. Höher soll sie nicht sein, wenn Unfallverletzte Aufnahme finden sollen.
14. Der Facharzt für Chirurgie soll einen bei seiner Verhinderung stets verfügbaren Vertreter haben.
15. Wenn ständig mehr als 40 Unfallverletzte in der Heilanstalt behan-

delt werden, sollen geeignete Assistenten vorhanden sein; auf 1 Assistenten sollen nicht mehr als 40 Unfallverletzte entfallen.

16. Für die Massage, soweit sie nicht vom Arzte selbst ausgeführt wird, muß ärztlich ausgebildetes, geschultes Massagepersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Der leitende Chirurg ist dafür verantwortlich, daß die Eignung vorhanden ist und erhalten bleibt.

Befähigung des Massagepersonals zu gymnastischer Unterweisung, zur Anleitung im orthopädischen Turnen ist erwünscht.

Bei Anwendung von Arbeits- und Sporttherapie (Nr. 8) Mitwirkung von Handwerk- und Sportlehrern.

17. Zur Entlastung der Ärzte soll in Heilanstalten mit größerem Unfallmaterial den Ärzten eine geeignete Schreibkraft (Maschinenschreiber) zur Verfügung stehen.

III. Umfang des Unfallmaterials.

18. Die Heilanstalt soll soviel Unfallmaterial (wenigstens 40 Unfallverletzte) haben, daß ihre Ärzte ausreichende unfallmedizinische Sondererfahrung zu sammeln und dauernd zu erhalten imstande sind.

Gegenwärtig sind etwa 1100 Krankenhäuser zugelassen; doch besagt das nicht, daß diese ausnahmslos die an sie gestellten Anforderungen voll erfüllen; so wird beispielsweise nur zum Teil die geforderte Zahl einer dauernden Belegung mit 40 Unfallverletzten erreicht. Wichtig ist aber jedenfalls, daß hier die Unfallverletzten mit besonderer Sorgfalt behandelt werden, wie sie ihnen besser nicht gewährt werden kann — für den Unfallverletzten ist das Beste gerade gut genug! —, denn der Ausbau des Heilverfahrens geschieht ohne Rücksicht auf irgendwelche Nebenumstände einzig mit dem Ziel der schnellen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

So wie sich die nach strengem Maßstab ausgewählten Heilanstalten aus der großen Zahl der gesamten Heilanstalten heraushoben, gab es auch unter ihnen wieder eine Minderheit von solchen, die sich besondere Ziele gesetzt hatten. Es war dies vor allem im Westen des Reiches an den Plätzen stärkster industrieller Konzentration der Fall. Dort zuerst haben sich einzelne Krankenhäuser sog. Sonderstationen angegliedert, in denen die besonders schwer Verletzten zusammengelegt und bis zur Arbeitsreife behandelt werden [89]).

Mit dieser Heilfürsorge ist der Gedanke, der zum bgl. Heilverfahren und zur bgl. Krankenbehandlung geführt hat, folgerichtig zu Ende gedacht und von Anfang bis zu Ende wirklich in die Praxis umgesetzt worden.

Den Gedankengang, der in Übereinstimmung der Unfallversicherungsträger mit den Unfallmedizinern zu einer solchen Ausgestaltung

---

[89]) Unter diesen Schwerstunfallverletzten werden verstanden:

a) Amputierte, d. h. solche Verletzten, die eine Gliedmaße (Hand oder Arm, Fuß oder Bein) oder mehrere Gliedmaßen verloren haben,

b) derart Gelähmte, daß die Herrschaft über eine oder mehrere Gliedmaßen verlorengegangen ist,

c) solche Verletzten, bei denen Verlust oder hochgradige Gebrauchsbeschränkung von drei oder mehr Fingern vorliegt, gleichgültig, ob an einer Hand oder an beiden Händen (Schwersthandverletzte).

der klinischen Behandlung geführt hat, geben am besten die Ausführungen von Prof. Dr. K. Rohde, dem Chefarzt eines solchen Krankenhauses, wieder, die er über „Wege zur Wiederertüchtigung und zum Arbeitseinsatz Schwerstunfallverletzter" in der Zeitschrift „Ziel und Weg" gemacht hat[90]):

> „Mit einer gut durchüberlegten und zielbewußten operativen Handlung ist es noch nicht getan. Der Erfolg einer solchen wird vereitelt, wenn gegen die Gesetze der Heilung, des An- und Umbaues, der Funktion und der Anpassung auch nur im geringsten verstoßen wird. Die Operation bereitet nur die Heilung einer irgendwie entstandenen Störung vor und schafft die primitiven Voraussetzungen ihrer Beseitigung. Die Nachbehandlung erst stellt Funktion, Gebrauchsfähigkeit und Arbeitsleistung wieder her. Operative Handlung und Nachbehandlung sind somit ein untrennbares Zusammengehöriges. Dabei ist es wichtig, daß die Nachbehandlung sich nicht nur auf den betroffenen Körperteil erstreckt, sondern daß der ganze Mensch durch den Nachbehandlungsgang erfaßt werden muß, daß über die funktionelle Gesamtleistung und -ertüchtigung der geschädigte Körperteil wiederhergestellt wird. In diese Nachbehandlung gehört zwangsläufig hinein: die seelische Beeinflussung durch den Arzt, die Erhaltung und Aufzüchtung des Willens zur Gesundung und Mitarbeit des Verletzten, die Wiedererweckung des Vertrauens in seine eigene Leistungsfähigkeit, die Verhütung des Gefühls der Hilflosigkeit und die Erziehung zur Arbeitsverpflichtung der Allgemeinheit gegenüber. Die Nachbehandlung muß den Verletzten körperlich und seelisch bis zur höchstmöglichen Arbeitsreife ausrüsten und ihn dann unmittelbar in den Arbeitsprozeß zurückführen ohne das Zwischenstadium einer länger oder kürzer dauernden Behandlung außerhalb der Station. Die Erfüllung dieser letzten Forderung ist psychologisch für den Verletzten höchst wichtig, damit der Erfolg der geregelten Arbeitsschulung durch Krankfeierzeit zu Hause und Warten auf Arbeitseinsatz nicht verwässert wird."

Die große Verantwortung, die den Trägern der Unfallversicherung vom Staate bezüglich der Bereitstellung besserer ärztlicher Versorgung übertragen ist, hat die Bgen darüber hinaus schon immer veranlaßt, den Wiedereinsatz der Verletzten — neben der Gewährung einer etwaigen Rente für verbliebene Minderung der Erwerbsfähigkeit — nach Möglichkeit durchzuführen.

In diesen Sonderstationen haben sich die Bgen ein sicheres Mittel zur Vorbereitung dazu geschaffen. Ähnliche Einrichtungen hatte es schon einmal gegeben — nämlich in den sog. „Amputiertenlazaretten" des Weltkriegs. Auf den dort gewonnenen Ergebnissen sind die gegenwärtigen Sonderstationen begründet. Die alten Erfahrungen kommen somit wieder der modernen Behandlung Unfallverletzter zugute. Von der überlieferten Form der Pflege in der Heilanstalt ist bei diesen Sonderstationen gänzlich abgegangen worden. Hier handelt es sich vielmehr um rein zweckmäßige „Übungsbehandlung".

Der Verletzte soll daher so früh wie möglich eingewiesen werden, solange er sich noch nicht mit einer Erwerbsfähigkeitsminderung abge-

[90]) Abgedruckt in Bg 1938, S. 71 ff.

funden und auf sie eingestellt hat, und solange er von sich aus gerne an der Überwindung seines derzeitigen (krankhaften) Zustandes mitarbeitet. Es gilt, ihn schon von Anfang an auf eine aktive Mitarbeit in der Gemeinschaft vorzubereiten und ihn dann mitarbeiten zu lassen, sobald es nur irgend möglich ist. Dabei wird Wert darauf gelegt, daß er schon frühzeitig wieder Verlaß auf seine eigene Persönlichkeit bekommt, daß er sich möglichst bald aktiv an der allgemeinen Körperschulung beteiligt. Aktive Gymnastik und Gangschule stehen im Vordergrund; Krücken gibt es nicht. Zur Gymnastik treten ergänzend auch Geschicklichkeitsübungen und Kraftübungen hinzu (wie Ballspiele, Kegeln und Laufen usw.). „Es sind also dem Sport angeglichene Bewegungen und Übungen, die in den Dienst der Wiederertüchtigung gestellt werden", und „es ist wichtig, daß alle Verletzten an allen Übungen teilnehmen, und daß wir keine Sondergruppen für Arm- und Beinbeschädigte oder Wirbelverletzte und andere haben, von dem Gesichtspunkt ausgehend, daß die Übungsbehandlung in der körperlichen und seelischen Erfassung des ganzen Menschen zu bestehen hat."[91])

Wenn er so allseits wieder eine gewisse Festigkeit gewonnen und eine neue Selbständigkeit erreicht hat, erst dann wird dem geheilten Verletzten das endgültige Ersatzstück gegeben, und erst nach der Gewöhnung erfolgt die Entlassung zur Arbeit.

Die Behandlung auf der Sonderstation dauert dadurch zwar länger als eine andere Behandlung, doch läßt der gesamte Erfolg hier jeden anderen weit hinter sich und entlastet selbst zugleich wieder die Bg.

An diese Sonderstationen wird ebenfalls die Anforderung gestellt, dauernd etwa 40 Verletzte zu betreuen, um so die vorausgesetzte praktische Erfahrung zu gewinnen und zu erhalten. Bisher sind Sonderstationen, wie schon der Name besagt, immer nur als Teil eines Krankenhauses ausgebaut, eingerichtet und vervollkommnet worden, so, um beispielsweise einige der ersten zu nennen, bei dem evangelischen Krankenhaus in Oberhausen im Rheinland, dem katholischen Krankenhaus in Koblenz und dem städtischen Krankenhaus in Münster i. W. Die Verletzten, die hier erfaßt werden, stammen aus den sämtlichen im rheinisch-westfälischen Bezirk zugelassenen Heilanstalten. Heute verteilen sich mehr als ein Dutzend dieser Sonderstationen über das ganze Reich.

Für die Ausgestaltung und den Erfolg solcher Sonderstationen ist ganz besonders die Qualität des Chefarztes ausschlaggebend. Er muß Chirurg und Orthopäde oder wenigstens orthopädisch geschult und erfahren sein. Er muß eine persönliche Einstellung zur Heilfürsorge für die Schwerstunfallverletzten haben und auch tatsächlich auf Grund seiner bisherigen Tätigkeit und Erfahrung eine besondere Eignung nachweisen. Er muß die Zeit aufwenden, welche die individuelle Betreuung der Schwerstunfallverletzten verlangt, und schließlich muß er verstehen, sich das Hilfspersonal so heranzubilden, wie es für eine solche Sonderheilfürsorge erforderlich ist.

Diese Voraussetzungen sind für die bgl. Beurteilung wichtig. Auch insofern werden also die Bgen die Sonderstationen ebenso wie die sonst von ihnen zugelassenen Heilanstalten maßgeblich beeinflussen, als sie

[91]) Rohde, K.: a. a. O., S. 72.

bei der Besetzung der leitenden Stelle des Krankenhauses die Fähigkeit des vorgesehenen neuen Chefarztes prüfen und von dem Ergebnis die Weiterzulassung abhängig machen.

d) Sonderheilfürsorge für Schwerstunfallverletze und Berufsfürsorge.

Bei der bgl. Heilfürsorge geht es, wie wir gesehen haben, um mehr als bloß um ein Verheilen der Wunde oder des Bruchs, vielmehr gilt für sie als oberste Richtschnur die Wiederbefähigung des Unfallverletzten zur Erwerbstätigkeit. Aus rein praktischen und aus psychologischen Gründen wurde mit der Heilbehandlung eine Übungsbehandlung verbunden. Bei den Kriegsverletzten geschah das in den Amputiertenlazaretten, die nach Kriegsende wieder aufgelöst wurden. Heute ist das ausgeprägteste Beispiel dafür die Übungsheilstätte Hohenlychen (Dr. Gebhardt), die es sich zur Aufgabe gemacht hat, gerade durch Übungen eine Heilung im gewünschten Sinne zu erzielen.

In dieser Beziehung stehen nun aber auch die Sonderstationen nicht zurück. Hier gilt es zunächst, den Verletzten, der in seiner Erwerbsfähigkeit künftig hochgradig beschränkt ist, seelisch wieder aufzurichten, um überhaupt mit der Heilbehandlung zu einem wirklichen Erfolg zu gelangen. Als Erstes sind daher die psychischen Hemmungen zu beseitigen, die dem Gefühl mangelnder Vollwertigkeit entspringen. Zu diesem Zweck werden die Verletzten gerade bei der allgemeinen Beteiligung an den Übungen dazu gebracht, selber sich Leistungen zuzumuten. Der Erfolg, der gewöhnlich bald sichtbar wird, stärkt dann den eigenen Willen zur Selbständigkeit und zur Wiederertüchtigung.

Schon hierbei sind die besonderen Neigungen und Anlagen zu ermitteln. Diesen nachzugehen, sie zu fördern und zu vervollkommnen, dazu bedarf es individueller Beobachtung und Behandlung.

In den meisten Fällen ist es nun so, daß ein Schwerbeschädigter, wenn er aus der Behandlung entlassen ist, selbst doch keine Arbeit findet. Denn er wird immer hinter den unbeschränkt Arbeits- bzw. Erwerbsfähigen zurückstehen, es sei denn, er hätte mit ganz besonderen Fähigkeiten aufzuwarten.

In der Erkenntnis, daß es mit der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit allein noch nicht getan ist, sondern daß das eigentliche Ziel ja erst mit der Wiederausübung eines Berufs erreicht ist, verbanden daher schon vor dem Kriege einzelne Bgen mit der Heilbehandlung berufsfürsorgerische Maßnahmen: erst recht führte hierzu die Behandlung Schwerstunfallverletzter auf den Sonderstationen. Denn wenn irgendetwas in der Berufsfürsorge Schwierigkeiten macht, so ist es die Wiedereingliederung der Schwerstbeschädigten ins Wirtschaftsleben, ihre Zurückführung an den alten Arbeitsplatz.

Die Behandlung berücksichtigt deswegen schon frühzeitig die Berufstätigkeit des Verletzten, die er nach seiner Entlassung wieder aufnehmen will und kann. Sobald er eine gewisse Selbständigkeit wiedergewonnen hat, setzt dann seine Ausbildung für den künftigen Beruf ein.

Bereits die RVO von 1911 hatte den Bgen die Befugnis zugesprochen (§§ 843, 736), für Unfallverletzte Arbeitsgelegenheit zu schaffen und zur

Schaffung von Einrichtungen für die Berufsfürsorge bgl. Mittel aufzuwenden.

Das Änderungsgesetz von 1925 machte dann die Berufsfürsorge neben der Krankenbehandlung zur Pflicht. Demnach soll die Berufsfürsorge mit allen geeigneten Mitteln den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufes oder, wenn das nicht möglich, zur Aufnahme eines neuen Berufes befähigen und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen (§ 558 a RVO).

Nähere Vorschriften hierzu erließ der RAM in seiner Verordnung über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge vom 19. 11. 1928.

Danach sind die Unfallversicherungsträger jetzt neben den Arbeitsämtern und den Hauptfürsorgestellen verpflichtet, ihren Schwer- und Leichtbeschädigten, soweit erforderlich, Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle, Berufsausbildung und Berufsberatung zu gewähren.

Eine solche Berufsfürsorge hatte ja schon vordem bestanden. Am deutlichsten kam sie bei den Schwerstunfallverletzten zum Ausdruck, die ihrer auch am ehesten bedürfen. In Verbindung von Heil- und Berufsfürsorge haben die Bgen hier gemeinschaftliche Einrichtungen geschaffen. „Ständig haben sich die Bgen bemüht, das Heilverfahren von Jahr zu Jahr zu verbessern und vollkommener auszugestalten, und aus der Überlegung, daß ein gutes Heilverfahren zugleich die beste Berufsfürsorge ist, im Sinne einer Berufsfürsorge mit Erfolg gewirkt. Im besonderen Maße gilt diese Überlegung für die von den Unterverbänden des Verbandes der deutschen gewerblichen Bgen im ganzen Reich geschaffenen „Sonderstationen zur Heil- und Berufsfürsorge für Schwerunfallverletzte". In ihnen wird planmäßig in Verbindung mit der Durchführung der Heilverfahren die Berufsfürsorge im Hinblick auf die künftige Wiederverwendung des Verletzten im Erwerbsleben betrieben."[92])

Die Wiederverwendung richtet sich naturgemäß nach den verbliebenen Fähigkeiten; nach Möglichkeit soll der Verletzte wieder in seinem früheren Erwerbszweig tätig werden, dort seine volle Beschäftigung finden. Aber auch in solchem Falle ist oft zuvor eine besondere Ausbildung erforderlich. Wie diese vorsichgeht, richtet sich wiederum ganz nach der Art des Erwerbszweiges und der Befähigung des Verletzten. So ist die Anlernung für bestimmte Berufe in der Industrie die häufigste und schnellste Art, dem Beschädigten zu helfen. Teils wird er zu diesem Zweck sofort in eine Firma eingewiesen, teils wird er zur Teilnahme an sog. Umschulungskursen verpflichtet.

Häufig sind auch die Fälle, in denen handwerkliche Ausbildung am Platze ist. Dazu werden Handwerksmeister herangezogen, die eine ordnungsmäßige Lehre gewährleisten. Die Auswahl der geeigneten Handwerksmeister geschieht mit Hilfe des Arbeitsamtes, der Ortsbehörde, der Handwerkskammer und der Kreishandwerkerschaft. Der Förderung einer solchen Ausbildung dient ein System der Prämienzahlung, das dem Handwerksmeister Anreiz zu gewissenhafter Ausbildung bietet.

[92]) Johst, W.: Berufsfürsorge in der Reichsunfallversicherung, Bg 1938, S. 85.

Andere Verletzte, vor allem Jugendliche, können sogar auf höhere Schulen und Fachschulen geschickt und sonstigen Ausbildungsanstalten zugewiesen werden. Die Leistungen werden von der Bg kontrolliert und sind maßgebend für die weitere Ausbildung.

Zum Abschluß der Ausbildung erfolgt die Vermittlung. Im allgemeinen beruht sie auf persönlicher Fühlungnahme mit dem Beschädigten und den für den Arbeitsplatz in Frage kommenden Stellen. Daher kommt es auch, daß diese Arbeitsplatzvermittlung rechnungsmäßig, gemessen an den Aufwendungen, nur mit unbedeutenden Zahlen in Erscheinung tritt.

Ist der Verletzte acht Wochen nach der Entlassung aus der Heilanstalt oder acht Wochen nach Abschluß der Ausbildung noch nicht in Arbeit gebracht worden, so müssen die Bgen — vorher können sie es — die Hauptfürsorgestelle in Anspruch nehmen. (§ 23 der Vo. über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge vom 14. 11. 1928).

Als eigene Einrichtungen zu dem Zweck, den schwerbeschädigten Unfallverletzten in Arbeit zu bringen, haben sich eine Anzahl von Landesverbänden den sog. Berufsfürsorger geschaffen. Seine Aufgabe ist es, die Beziehungen zu den behördlichen Stellen anzuknüpfen, die in Durchführung der Berufsfürsorge tätig werden können oder an der Lenkung des Arbeitseinsatzes beteiligt sind. Er ebnet so den Bgn den Weg zu einer glatten Abwicklung der Berufsfürsorge. Andererseits nimmt er aber auch mit dem Verletzten und seinen Angehörigen die Verbindung auf und erkundet hierbei die Familien-, Arbeits- und Verdienstverhältnisse. Durch persönliche Verhandlung versucht er, für den Beschädigten im Unfallbetrieb womöglich wieder einen produktiven Arbeitsplatz ausfindig zu machen. Ist dies nicht möglich, sucht er gegebenenfalls einen anderen örtlich günstig liegenden Betrieb.

Diese Ermittlungsarbeiten sind schon während der Behandlung oder der Ausbildung durchzuführen und zu beenden, damit der Verletzte bei ihrem Abschluß ohne Unterbrechung sofort seinen Arbeitsplatz besetzen kann.

Häufig gewähren die Bgen nicht nur die kostenlose Ausbildung und Schulung sondern oft auch die erforderlichen Mittel zur Errichtung einer selbständigen Existenz; oder sie übernehmen die Kosten einer Umsiedlung usf., teils in Form einer Kapitalabfindung, teils durch Rentenvorauszahlung, mitunter aber auch durch Gewährung von Darlehen.

Unter dem 23. November 1936 veröffentlichte das RVA in den Amtlichen Nachrichten eine Anordnung zur Berufsfürsorge, die erneut die Bgen auf die Pflichtleistungen in der Berufsfürsorge hinwies und dabei die Notwendigkeit und den Wert des Zusammenwirkens mit den staatlichen Stellen betonte und dieses als wichtiges Erfordernis einer planmäßigen Lenkung des Arbeitseinsatzes sicherstellte.

Mit der Vo. des RAM vom 19. 11. 1928 und dieser Bestimmung des RVA vom 23. 11. 1936 ist die große Bedeutung der berufsgenossenschaftlichen Heilfürsorge anerkannt, die letzten Endes in der Berufsfürsorge der Unfallversicherungsträger gipfeln muß. Denn die Maßnahmen der Heilbehandlung haben nur dann einen Zweck, wenn sie auf ein klares Ziel hinauslaufen, und das heißt:

Wiedereinsatz im Beruf!

Literaturverzeichnis.

1. Addicks, A.: Die Schadenverhütung in der deutschen Sozialversicherung. Leipzig 1931.
2. Albrecht, G.: Grundfragen der Sozialversicherung, Berlin 1929.
3. Bauer: Dritte Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten. Bg 1937, S. 17.
4. Bernhard, L.: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, Berlin 1912.
5. Berufsfürsorge in der Reichsunfallversicherung, herausgegeben von der Sektion II der Knappschafts-Bg in Bochum, 1935.
6. Bödiker, T.: Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten. Leipzig 1895.
   — Beitrag zur Geschichte der Arbeiterversicherung in Deutschland. Berlin 1902.
7. Böhler: Ausbildung der Ärzte in Unfallchirurgie, Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. 31. Jahrgang Nr. 11.
8. Buhtz, G.: Der Begriff der Unfallfolgen. Diss. Greifswald 1923.
9. Curschmann/Krohn: Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und zur Verordnung vom 12. 5. 1925. Berlin 1926.
10. Dersch, H.: Sozialversicherung 1900—1924, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 1925, S. 79. (= Z. f. V.).
11. Festschrift aus Anlaß des 50-jährigen Bestehens der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Berlin 1935.
12. Geiger, M.: Art. Soziale Krankenbehandlung und -heilfürsorge, im Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege. 2. Aufl. Berlin 1929.
13. Haedenkamp, L.: Die Neuordnung der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1937.
14. Hampel: Die Zweite Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten v. 11. 2. 1929.
15. Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl. Leipzig 1909/10.
16. Hellpach, W.: Rentenhysterie. Z. f. V. Berlin 1908, S. 208.
17. Joanitescu, D.: Das Problem der modernen Sozialversicherung. Diss. Berlin 1937.
18. Johst, W.: Berufsfürsorge in der Reichsunfallversicherung, Bg 1938, S. 83/97.
19. Kaskel, W.: Entwicklungstendenzen der deutschen Sozialversicherung. Z. f. V. 1922, S. 89.
   — Art. Erwerbsunfähigkeit, im Versicherungslexikon von A. Manes, 2. Aufl. Berlin 1924.
20. Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin, Stuttgart 1932.
21. Kaufmann, P.: Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. 3. Aufl. Berlin 1914.
22. Klein, G. A.: Die wichtigsten Aufgaben der Unfallversicherungsträger für die erste Behandlung der Verletzten, in den „Veröffent-

lichungen des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft“ 1909, Heft 17, S. 13.
23. Knoll, E.: Der Neuaufbau der Sozialversicherung. Berlin 1934.
24. Koch: Leitfaden für die Ausbildung in der ersten Hilfe (Laiennothilfe) bei Unfällen. Berlin.
25. Krohn, Martineck, Bauer: Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten, Heft 1 der Schriftenreihe zum Reichsarbeitsblatt 1926.
26. Levin: Zur Frage der Operationsduldung. Bg 1931, Sp. 177.
27. Liek, E.: Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung. 2. Aufl. München 1928.
28. Lohmar, P.: „Unfallheilverfahren“, in der Denkschrift des Verbandes der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V.: 50 Jahre Unfallversicherung, Berlin 1935.
— „Das Unfallheilverfahren“, im Handbuch der gesamten Unfallheilkunde von König-Magnus, Stuttgart 1933.
— Das Unfallheilverfahren und der Betriebsunternehmer, (Sonderdruck des Verbandes der deutschen Bgen), 1933.
— Über Wesen und Organisation des Unfallheilverfahrens (Sonderdruck des Verbandes 1929).
— Erste Hilfe und Rettungswesen in den Betrieben (Sonderdruck des Verbandes).
— Vertragliche Regelungen der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gemäß §§ 1503, 1501, 1513 RVO. Bg 1914, S. 87.
— Kriegsbeschädigtenfürsorge und Reichsversicherung. Bg. 1916, S. 153/154.
— Schattenseiten der Reichsunfallversicherung. Bg 1916, Nr. 16.
29. Lohmar, W.: Der Unfall als Ursache in der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Diss. Köln 1936.
30. Magnus, Gg.: Soziale Unfallversicherung und Unfallmedizin. Sonderdruck aus der „Niederschrift über die Festsitzung aus Anlaß des 50-jährigen Bestehens der dt. gewerbl. Bgen.“
31. Marcus: Unfallverhütung und Heilverfahren im Bilde der Zahlen. Bg 1912, S. 134.
32. Michels: Unfallverhütung und erste Hilfe, in der Denkschrift des Verbandes: 50 Jahre Unfallversicherung, Berlin 1935.
33. Moldenhauer, P.: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Z. f. V. 1922, S. 177.
34. Mummelter: Die Hauptfrage in der Unfallversicherung der Arbeiter. Z. f. V. 1925, S. 121.
35. Neuendorff: Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die gewerblichen Berufskrankheiten, in „Die Arbeiterversorgung“ (=Arb. Vgg.) vom 21. 6. 1925, Heft 18.
36. Normal-Unfallverhütungsvorschriften über erste Hilfe und Verhalten bei Unfällen. Berlin.
37. Platz, R.: Die Unfallverhütungsvorschriften, herausgegeben vom Verband der dt. Bgen, Berlin.
38. Quentin: Art. „Geschichtliches“, im Handbuch der gesamten Unfallheilkunde, von König-Magnus, Stuttgart 1932.
39. Reichsarbeits-Ministerium: Denkschrift über die Vorbereitungen zu einem Reichswohlfahrtsgesetz v. 14. 2. 1923.
40. Reichsarbeits-Ministerium: Denkschrift über die Sozialversicherung, Berlin 1925.

41. Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. 12. 1924 (RGBl. I, S. 765).
42. Das Reichsversicherungsamt und die deutsche Arbeiterversicherung, Festschrift zum Jubiläum der Unfall- und Invalidenversicherung, Berlin 1910.
43. Reichsversicherungsamts, Mitglieder des — Leitfaden der deutschen Sozialversicherung, Berlin 1924.
44. Reutti, K.: Neuorientierung in der Sozialversicherung, Berlin 1932.
45. Richter, Lutz: Grundriß der Reichsversicherung, Stuttgart/Berlin 1935.
46. Roewer, G.: Über das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, 35. Jahrgang 1928, Nr. 6.
47. Rohde, K.: Wege zur Wiederertüchtigung und zum Arbeitseinsatz Schwerstunfallverletzter, Bg 1938, S. 71.
48. Schäffer, H.: Entstehung, Aufbau und Bedeutung der deutschen Sozialversicherung. Stuttgart 1937.
49. Schmidt, E.: Sozialversicherung und öffentliche Fürsorge. Z. f. V. 1932, S. 68.
50. Schmieden/Nießen: Die Notwendigkeit des besonderen Unfallheilverfahrens vom unfallchirurgischen Standpunkt aus, Bg 1936, S. 1.
51. Schoenberner, W.: Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung Berufserkrankter, dargestellt auf Grund der Erfahrungen in der Behandlungs- und Untersuchungsstelle für gewerbliche Berufskrankheiten, 2. Aufl. Berlin 1930.
52. Schoenlank, L.: Das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1933.
53. Schuchardt, H. E.: Die Begriffsbestimmung des Betriebsunfalls in der Sozialversicherung verschiedener Staaten, Bg 1936, S. 30.
54. Schütz, Gg.: Die ärztlichen Gründe für die frühzeitige Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften, in den „Veröffentlichungen des dt. Vereins für Versicherungswissenschaft" 1909, Heft 17, S. 35.
55. Schulte-Holthausen: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung 3. Buch: Unfallversicherungsordnung, 4. Aufl. Berlin 1929.
56. Seele, H.: Die Pflicht zur Duldung von Operationen, Bg 1935, S. 139.
57. Siegrist, A.: Probleme der deutschen Sozialversicherung, Diss. Berlin 1927.
58. Sonderdruck: 50 Jahre Nord-Östliche Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft 1885—1935.
59. Stöcker: „Die Leistungen der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet der ersten Hilfe und des Rettungswesens", im Bericht über den Ersten Internationalen Kongreß für das Rettungswesen zu Frankfurt a. M. vom 10.—14. 6. 1908; Bd. 1, Vorträge. S. 613.
60. Thiem, C.: Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. — Handbuch der Unfallerkrankungen 2. Aufl. Stuttgart 1909, Bd. 1.
61. Versicherungslexikon: herausgegeben von A. Manes, 3. Aufl. Berlin 1930.
62. Wissel, R.: Die Geschichte der deutschen Sozialversicherung, in „Die Reichsversicherung", 1. Jahrgang 1927, S. 138 und 2. Jahrgang 1928, S. 217/253.
63. Wörner, G.: Sachleistung oder Geldleistung als Leistungsprinzip der Sozialversicherung. Z. f. V. 1923 S. 291.

64. Zahn, F.: Die Wirkung der deutschen Sozialversicherung, München 1915.

Zeitschriften.

1. Arbeit und Gesundheit, Schriftenreihe zum Reichsarbeitsblatt
2. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, Berlin 1885—1927
3. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, seit 1928
4. Die Arbeiterversorgung, Berlin
5. Die Berufsgenossenschaft, Zeitschrift für die Reichsunfallversicherung, Berlin
6. Der Kompaß, Organ der Knappschaftsberufsgenossenschaft und der Reichsknappschaft
7. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin
8. Reichsarbeitsblatt, Berlin
9. Reichsgesetzblatt, Berlin
10. Die Reichsversicherung, Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung
11. Soziale Praxis, Berlin
12. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin
13. Zentralblatt für Reichsversicherung und Reichsversorgung, Stuttgart

Abkürzungen.

a. a. O.	= am angegebenen Orte
A.N.	= Amtl. Nachr. = Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, seit 1. 1. 1928 Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung
Anm.	= Anmerkung
Arb.Vgg.	= Die Arbeiterversorgung, Berlin
Art.	= Artikel
Bd.	= Band
Bg(en)	= Berufsgenossenschaft(en) und die Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft“, Berlin
bgl.	= berufsgenossenschaftlich
Hdb.	= Handbuch
Hdwb.	= Handwörterbuch
Kk(n)	= Krankenkasse(n)
Nr.	= Nummer
RABl.	= Reichsarbeitsblatt
RAM	= Reichsarbeitsminister(ium)
RGBl.	= Reichsgesetzblatt
RVA	= Reichsversicherungsamt
RVO	= Reichsversicherungsordnung
S.	= Seite
Vo.	= Verordnung
Z. f. V.	= Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft

Lebenslauf.

Am 31. August 1913 wurde ich, Hans-Dietrich Rusche, als Sohn des Verwaltungsdirektors Dr. iur. Richard Rusche in Berlin-Steglitz geboren. In Heidelberg besuchte ich Vorschule und humanist. Gymnasium bis zum Abitur Ostern 1933. Nach freiwilligem Arbeitsdienst studierte ich Wirtschaftswissenschaften — zunächst vier Semester in Freiburg i. Br. —, anschließend in Frankfurt a. M. Am 26. April 1937 bestand ich an der Universität Frankfurt a. M. das Examen als Diplomvolkswirt und promovierte daselbst am 12. April 1940 als Dr. rer. pol.. Seit Herbst 1938 stehe ich im Ausbildungsgang der Reichsarbeitsgemeinschaft für die Volkswirteausbildung und war in diesem Rahmen semesterweise bisher an folgenden Stellen als Praktikant tätig:

1) IG-Farbenindustrie-AG, Frankfurt am Main,
2) Industrie- und Handelskammer, Offenbach am Main,
3) Arbeitsamt Heidelberg,
4) Handwerkskammer Trier.

Hans-Dietrich Rusche.